

Marcia Teixeira

**Desenhos Alternativos de Incorporação e Gestão do Trabalho
Médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais
Lourenço Jorge e Salgado Filho**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do título de mestre em Saúde Pública na Sub Área de concentração de Políticas Públicas e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Machado

Rio de Janeiro

1999

A Valcler, Flora e João Pedro,
amados e preciosos companheiro e filhos.

A Edma Ferreira, *in memoriam*,
por uma amizade que não termina aqui.

AGRADECIMENTOS

Todo trabalho acadêmico ganha forma, sobretudo, pelas contribuições coletivas que vai merecendo. Percebo que este trabalho só foi possível graças a grande ajuda que recebi de muitos amigos. E mesmo correndo o risco dos esquecimentos, gostaria de agradecer a alguns em particular.

- Cada capítulo passou por algumas versões, e cada uma delas beneficiou-se imensamente dos comentários críticos de minha orientadora Maria Helena Machado, a quem agradeço a acolhida acadêmica, estímulo e confiança durante os últimos 7 anos.

- Sou muito grata aos professores Ana Luiza Stiebler Vieira, Neuza Moysés e Sérgio Rego, aqueles que, no cotidiano, me ajudam com diálogo e amizade.

- A Sandra Pereira pelo incentivo, solidariedade e atitudes generosas, muito importantes para a conclusão deste trabalho.

- Aos demais amigos do NERHUS, Marcelo Levy, Sigrid Hoppe, Eliane Santos e Felipe Pinto pelo estímulo e carinho que me dispensaram.

- Aos professores Sheyla Lemos e Antenor Amâncio, pela leitura e contribuições indispensáveis ao projeto de dissertação.

- Aos companheiros de mestrado Andrea Frazão, Carlos Fidelis e Renata Reis, por uma convivência constante, pelas mais diversas formas de ajuda e por uma amizade que de maneira imperceptível tornou-se antiga.

- Ao Sebastian Tobar, amigo e cúmplice, pelo cuidado de estar sempre por perto.

- Sou grata, ainda, as professoras Ana Luiza D' Avila Viana e Silvia Gerschman pela leitura, indagações e estímulos a versão final do trabalho.

- E, finalmente, gostaria de agradecer aos entrevistados e funcionários dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho, pela generosidade e disposição, tão valiosos para a realização desse trabalho.

RESUMO

No contexto atual da formulação de políticas de RH em saúde, tem-se o grande debate em torno de propostas que possam compatibilizar diferentes formas de vinculação e gestão do trabalho com os objetivos do SUS.

De um lado, os que defendem novas vias de contratação e gestão do trabalho, vêm nestas uma resposta aos pontos de estrangulamento dos serviços de saúde, causados pela falta de recursos humanos necessários a sua manutenção. De outro lado, o conjunto dessas propostas recebem críticas por estabelecerem relações precárias de emprego.

Temos em curso, hoje, no município do Rio de Janeiro, novas experiências de incorporação e gestão do trabalho médico na rede hospitalar. A primeira experiência acontece no Hospital Municipal Lourenço Jorge, onde foi contratada uma cooperativa de trabalho. A segunda experiência está em desenvolvimento no Hospital Salgado Filho, que passa a mobilizar de forma diferente os funcionários estatutários que lá atuam, por meio de mudanças no sistema remuneratório.

O objetivo desta dissertação foi acompanhar tais experiências, baseando-se na observação comparada de como vêm sendo formuladas e processadas as inovações de gestão do trabalho médico nos dois hospitais estudados.

O trabalho de campo tomou por base o plano de análise microorganizacional e, utilizando-se metodologia qualitativa, foram feitas coletas de documentos e entrevistas com gestores e profissionais dos hospitais, identificados como atores privilegiados do processo de gestão do trabalho. A análise do material empírico focalizou alguns itens: perfil dos servidores; regime de 40 horas semanais; rodízio dos médicos entre os diferentes momentos da atenção (emergência, rotina e ambulatório); controle sobre o trabalho médico; sistema de remuneração; reposição do quadro médico e relação com a rede de serviços de saúde.

A incursão empírica apontou similaridades e diferenças entre as experiências, no que concerne a busca de respostas aos problemas que afetam a gestão do trabalho no SUS. E, em relação às características observadas, traçamos um resumo das principais marcas encontradas.

Palavras-Chaves: Recursos Humanos em Saúde; Gestão de Recursos Humanos; Flexibilização do trabalho.

ABSTRACT

Today there is a great discussion about to join the different ways of directing work which aims the Unique Health System in present situation of politics of Human Resources .

Some people, who defend new ways of contracting and work management, give an answer to the difficult of health services caused by the lack of human resources which are necessary to its maintenance. On the other side, the joint of those propositions are criticized because they establish poor job relations.

Today in Rio de Janeiro City, new experiences of incorporation and management of medical jobs are being done. The first experience happens in Lourenço Jorge Hospital where a work team was contracted. The second experience is being developed in Salgado Filho Hospital, which takes its statute team in a different way changing the payment system.

This composition goal is to follow such experiences based on compared observation of how innovations of work management in both hospitals are being formulated and done.

The practical work is based on a plan of analysis and, using a quality methodology, takes documents and interviews with hospitals managers and professionals, identified as privileged actors in the process of management. The analysis of the practical material considered some points: employees profile; forty hours a week work; doctors rotation among different moments of attention (emergency, routine and ambulatory); medical work control; payment system; substitution of medical board and the services web.

The practical experience showed similarities and differences between experiences concerned in the quest of answers to the problems which affect the management work of the Unique Health System. About those observed characteristics we summarize the main brands we found.

Key-words: Health Human Resource; Human Resources Management; Work Flexibilization.

Lista de Quadros e Tabelas

QUADROS:

QUADRO 1- Mudanças no Modelo de Política

QUADRO 2 - Quadro dos Principais Itens da Reforma Administrativa

QUADRO 3- Composição do Vencimento Inicial para a Categoria Médica- Hospital Salgado Filho- 1997

QUADRO 4- Metas de Produtividade Propostas no Projeto Alternativo Hospital Salgado Filho – 1997

QUADRO 5- Principais Marcas das Experiências em Relação aos Itens Observados- Hospitais Municipais Lourenço Jorge e Salgado Filho- 1998

TABELAS:

TABELA 1- Projeção dos Gastos Estaduais com Pessoal Ativo, por Tipo de Gasto – Grandes Regiões, 1995

TABELA 2- Quantitativo de Trabalhadores por Vinculação – consolidado- Hospital Lourenço Jorge – fev.1999

TABELA 3- Distribuição dos Funcionários Segundo Categoria e Nível de Escolaridade por Tipo de Vínculo – Hospital Lourenço Jorge – fev. 1999.

TABELA 4- Distribuição dos Funcionários por Nível de Escolaridade - Hospital Lourenço Jorge – Fev.

TABELA 5- Distribuição de Médicos por Especialidade e Tipo de vínculo— Hospital Lourenço Jorge – fev. –1999

TABELA 6- Distribuição dos Funcionários por Nível de Escolaridade— Hospital Salgado Filho – out. 1998

TABELA 7- Distribuição de Médicos por Especialidades- Hospital Salgado Filho – out. 1998

TABELA 8 – Movimento de Admissão e Desligamento de Profissionais Médicos por Especialidades - Hospital Lourenço Jorge- 1997-1998.

TABELA 9 - Alterações no Quadro de Servidores com a Implantação do Novo Projeto—Hospital Salgado Filho- 1997

Principais Siglas

AMB: Associação Médica Brasileira
AP: Área Programática
BIM: Boletim de Informações Médicas
CEDRHU: Curso de Especialização em Recursos Humanos em Saúde
CF: Constituição Federal
CFM: Conselho Federal de Medicina
CLT: Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COOPERAR SAÚDE: Cooperativa de Saúde - RJ
COOPERPAI-MED: Cooperativa de Saúde - RO
COOPESAÚDE: Cooperativa de Saúde - RJ
COREN: Conselho Regional de Enfermagem
CREMERJ: Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CTI: Centro de Tratamento Intensivo
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública
FAC: Fundo de Apoio ao Cooperado
FAD: Fundo Anual de Descanso
FATES: Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social do Cooperado
FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GSE: Grupo de Socorro de Emergência – Corpo de Bombeiros
HMLJ: Hospital Municipal Lourenço Jorge
HMSF: Hospital Municipal Salgado Filho
MARE: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
OPS: Organização Panamericana de Saúde
OS: Organizações Sociais
PAIS: Plano de Assistência Integral à Saúde
PAM: Posto de Atendimento Médico
PAS: Plano de Assistência à Saúde
PCCS: Plano de Cargos, Carreiras e Salários
RJU: Regime Jurídico Único
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SINMED: Sindicato dos Médicos

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SPA: Serviço de Pronto Atendimento

SPT/2.000: Saúde Para Todos no Ano 2.000 - Documento

SUS: Sistema Único de Saúde

UERJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

Sumário

| | |
|---|-----|
| Apresentação | 01 |
| Capítulo 1- Tendências da Gestão do Trabalho | 04 |
| 1.1- Tendências da Gestão do Trabalho..... | 05 |
| 1.2- Flexibilização das Relações de Trabalho..... | 06 |
| 1.3- Reestruturação Produtiva e Novo papel do Estado..... | 16 |
| 1.4- O Fenômeno da Flexibilização do Trabalho no Brasil..... | 18 |
| Capítulo 2- Reforma do Estado e Gestão do Trabalho —o serviço público em questão | 23 |
| 2.1 - Reforma do Estado e Gestão do Trabalho..... | 24 |
| 2.2 - A Gestão do Trabalho no SUS..... | 37 |
| 2.3 - Gestões Flexíveis no Serviço Público de Saúde: tendências e realidades..... | 40 |
| Capítulo 3 - Procedimentos Metodológicos | 48 |
| 3.1 – Procedimentos Metodológicos..... | 49 |
| Capítulo 4 - Contexto Empírico do Estudo | 55 |
| 4.1 - A política de Recursos humanos em saúde no Município do Rio de Janeiro..... | 56 |
| 4.1.1- Alguns Aspectos Preliminares..... | 56 |
| 4.1.2- Características da Atual Política de Recursos Humanos da SMS...57 | 57 |
| 4.2 - Caracterização dos Hospitais..... | 61 |
| 4.2.1- Hospital Municipal Lourenço Jorge..... | 61 |
| 4.2.2- Hospital Municipal Salgado Filho..... | 65 |
| Capítulo 5 – As experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho | 67 |
| 5.1- Implantação da Cooperativa no Hospital Lourenço Jorge..... | 68 |
| 5.2- O Projeto Alternativo do Hospital Salgado Filho..... | 90 |
| 5.3- A Posição dos Profissionais Frente as Mudanças nas Relações de Trabalho dos Hospitais Estudados..... | 105 |
| 5.3.1- A Posição dos Médicos do Hospital Lourenço Jorge..... | 106 |
| 5.3.2- A Posição dos Médicos do Hospital Salgado Filho..... | 110 |
| Capítulo 6 – Considerações Finais | 116 |
| 6.1- Um Balanço das Experiências, Algumas Considerações | 117 |
| Referências Bibliográficas | 119 |
| Anexos | 129 |

Apresentação

No contato com gerentes de recursos humanos que frequentaram o Curso de Especialização em Desenvolvimento Recursos Humanos—CEDRHU/ENSP— em 1995, bem como acompanhando o processo gestão de RH no Município de Angra dos Reis¹, verificamos as dificuldades dos gestores em lidar com questões referentes à gestão dos trabalhadores e, de forma mais acentuada, com os médicos, no que diz respeito a salários, cumprimento de carga horária, envolvimento com a lógica do SUS e, principalmente, com as propostas por parte de alguns especialistas, de uma nova forma de vinculação no mercado a partir da terceirização dos serviços.

Tais dificuldades em manter especialistas na rede têm feito com que gestores busquem diferentes alternativas de incorporação desses profissionais no setor público, ampliando a diversidade de situações empregatícias nas diferentes esferas do setor público. Essas alternativas traduzem-se em experiências de “flexibilização” das relações de trabalho, como as cooperativas, contratação por tempo determinado de médicos (como forma de atender a demanda reprimida) ou terceirização da gestão de unidades de saúde.

Em experiências onde se opta pela manutenção da estrutura ocupacional existente no setor público, encontramos desenhos de gestão do trabalho que procuram transformar os sistemas de remuneração e mesmo de relações de trabalho, pautadas no desenvolvimento de programas de incentivo à produtividade.

Por outro lado, o conjunto dessas propostas tem recebido críticas pelo fato representarem de alguma forma uma “antipolítica” ao SUS, ao estabelecerem relações precárias de emprego que fogem à órbita da Justiça do Trabalho, não preverem mecanismos de controle social ou serem inviáveis financeiramente.

O interesse já despertado, para o estudo de como vem sendo socialmente construída a realidade da gestão de Recursos Humanos no contexto do SUS, encontra um ponto no qual se fixar. O debate em torno das atuais formas de

¹ Realizado através de orientação do trabalho final de curso das gerentes de RH deste município.

vínculo dos profissionais com o setor público de saúde, e os resultados deste fenômeno para a gestão do trabalho no estágio atual do SUS, apresenta-se como um ambiente próprio para o estudo sobre as experiências de incorporação e gestão do trabalho médico no município do Rio de Janeiro. Em especial, os casos dos hospitais municipais Salgado Filho e Lourenço Jorge.

No contexto mais amplo, tais experiências surgem num cenário de debates em torno da nova organização do trabalho, com o questionamento acerca da relação Estado-Mercado, marcados principalmente pelas propostas de revisão das funções do Estado e de medidas reformuladoras da administração pública.

Sem perder de vista tais movimentos que informam a concepção de políticas para o setor de saúde, consideramos ainda necessário uma abordagem mais localizada, para que seja melhor revelada a natureza e o desenvolvimento de tais experiências.

Utilizando-se a proposta de MISHRA (1977:6), para se compreender adequadamente os problemas da política social e contribuir para suas soluções, é preciso identificar melhor o contexto social onde estas ocorrem. Ou seja, identificar a complexidade da relação entre a política e uma realidade social determinada. Assim, a gestão municipal da saúde no Rio de Janeiro e as experiências de gestão do trabalho tornam-se o *locus* privilegiado desse estudo.

A dissertação está organizada em seis capítulos. O **capítulo 1** expõe alguns elementos constitutivos das relações de trabalho, a partir do atual padrão dominante de gestão: a flexibilização. Também são apontados os questionamentos que as atuais tendências na gestão do trabalho colocam para o Estado e, ainda, o debate de fenômeno da flexibilização no Brasil. O **capítulo 2** aponta como o novo padrão de relação de trabalho alcançam a esfera pública, permanecendo presentes nos debates sobre a reforma do Estado. Indica-se ainda, as várias propostas para a gestão de recursos humanos no setor saúde, que passam a ser fomentadas por esse debate.

No **capítulo 3** apresentam-se os procedimentos metodológicos que nortearam o trabalho de campo, que privilegiou a observação comparada de como vêm sendo formuladas e processadas as mudanças nas formas de incorporar e gerir o trabalho médico nas experiências observadas.

O **capítulo 4** trata-se de uma breve descrição da atual política de recursos humanos na SMS do Rio e caracteriza as unidades hospitalares observadas. Já o **capítulo 5** refere-se à pesquisa de campo. Analisa as experiências das unidades selecionadas, abordando suas especificidades e apontando elementos que as identificam com algumas tendências recentes da gestão do trabalho. Parte da descrição das atuais experiências nos hospitais e destaca as mudanças das formas de incorporação do trabalho, na implementação de novo regime de 40 horas semanais e na forma de remunerar e controlar o trabalho, em especial o trabalho médico. Também destaca alguns resultados de tais mudanças na rede municipal de saúde, a reação de atores sociais importantes, a visão dos gestores e a posição dos profissionais médicos.

Por fim, o **capítulo 6**, que procura traçar um balanço das experiências frente às mudanças no âmbito da gestão do trabalho e das propostas nacionais de revisão administrativa do Estado, propondo um quadro comparativo das principais marcas encontradas em cada uma delas.

Capítulo 1
TENDÊNCIAS DA GESTÃO DO TRABALHO

1.1- Tendências da Gestão do Trabalho

Em graus diferenciados, as mudanças com relação ao emprego e a flexibilização dos mercados de trabalho estão tomando centralidade no debate que envolvem hoje os trabalhadores, gestores e o Estado. As questões que atualmente afetam os mercados de trabalho no mundo, não só passaram a formar parte do diagnóstico das dificuldades econômicas, como também das medidas necessárias para solucioná-las.

Em relação a produção teórica sobre o tema, podemos identificar hoje vários estudos que analisam as mudanças nos padrões de gestão do trabalho. E com a diversidade de abordagens, torna-se possível observar diferentes e muitas vezes divergentes enfoques sobre ele. De um lado, (PASTORE,1994; SARAVIA,1997, entre outros), as mudanças nas relações de trabalho são focalizadas enquanto necessidade de adaptação às condições econômicas, onde tempo e jornada de trabalho, bem como sistemas salariais, devem ser ajustados às flutuações dos mercados.

De outro lado (LIPIETZ,1991; CORIAT,1998; MATTOSO,1994; DEDECCA,1996, entre outros), estão os estudos que tratam das mudanças da gestão do trabalho, em resposta à necessidade das empresas de se tornarem competitivas, por meio da quebra de proteção aos trabalhadores, associando tais alterações a desigualdades no ingresso, perda de postos e apontando as diversas maneiras com que as condições de trabalho se precarizam.

Optando por não reproduzir integralmente as especificidades e os argumentos de cada corrente teórica das mudanças nos padrões de incorporação e gestão do trabalho, destacamos que ambos os enfoques trazem à cena elementos significativos para o debate.

Considerando a idéia de que a nova dinâmica de incorporação e gestão do trabalho também sofre determinações dos movimentos internacionais de racionalização produtiva, cabe apontar algumas tendências que nos parecem mais pertinentes pelos desafios que colocam para o atual modelo de gestão do trabalho no mundo, como: **o processo de “individualização dos salários”, a diminuição do conflito entre empregador/trabalhador, regionalização de interesses e a polarização entre trabalhadores.** E por acreditar que tais tendências conformam

novos elementos constitutivos das relações de trabalho, tanto nas empresas privadas como no setor público, julgamos oportuno o esforço por explicitá-las.

1.2- Flexibilização das Relações de Trabalho

A maioria das economias capitalistas experimentou no pós-guerra um crescimento econômico sem precedentes, aliado à expansão de programas de bem-estar social. Especialmente nas décadas de 1950 e 1960, seguindo-se o modelo Keynesiano de controle e regulação sobre a economia e sobre a sociedade, através de políticas de *welfare state*, o crescimento da produção esteve acompanhado de elevação salarial, redução das taxas de desemprego, ampliação dos padrões de consumo de massas e ampliação do sistema de proteção ao bem-estar. São grandes, nesse período, as conquistas sociais dos trabalhadores. Segundo MATTOSO (1994:522):

“No mercado de trabalho, cada vez mais homogêneo, o desemprego baixou a nível praticamente inéditos. Os salários articularam-se estreitamente com a elevação da produtividade e dos preços, ampliando seu poder de compra. Os salários indiretos foram desenvolvidos e parcelas significativas de custo do trabalho foram assumidas pelo Estado. Finalmente, mas não menos importante, as relações de trabalho assumiram um caráter mais padronizado e a contratação coletiva adquiriu uma função econômica favorável à administração da demanda agregada.”

Essas conquistas foram obtidas dentro de um modelo de gestão do trabalho baseado no controle fordista, onde as formas institucionais de relação salarial respeitaram a necessidade de uma produção em massa de bens de consumo, fazendo com que as diferentes empresas concedessem maiores salários aos trabalhadores que passam a ser considerados como potenciais consumidores. E enquanto modo de regulação das relações de trabalho LIPIETZ (1991:105) sublinha que:

“O fordismo pressupunha o estabelecimento de um contrato de longo prazo da relação salarial, com limites rígidos nas demissões, e uma programação de crescimento do salário indexado aos preços e à produtividade geral. Além do mais, uma extensa socialização das rendas, por obra do

Estado-previdência, assegurava uma renda permanente aos trabalhadores assalariados.”

Em meados dos anos 70, a crise dos países industrializados que implicou num desequilíbrio econômico em escala mundial, marcada pela crise do petróleo e alterações de preços das matérias primas, acabou por aumentar o processo inflacionário e recessão, colocando sob questionamento o regime de acumulação fordista e, por conseguinte, o próprio modelo de relação de trabalho.

Com a emergência da reestruturação mundial do capitalismo, além da ruptura do antigo paradigma industrial e tecnológico, questiona-se e por vezes, rompe-se com o compromisso social e as relações em instituições econômicas, sociais e políticas anteriormente conquistadas. Mais recentemente, a partir da década de 80, o rompimento do padrão de estruturação do mercado de trabalho das economias desenvolvidas trouxe uma série de questionamentos sobre os sistemas de *welfare state*; e a desregulação/flexibilização das relações de trabalho tem sido a principal resposta dada pelos governos de diversos países.

Um novo conjunto de técnicas, métodos e práticas gerenciais redefinem substancialmente as relações de trabalho e se impõem enquanto o padrão de gestão predominante. O conjunto de relações de trabalho é redefinido em torno de uma categoria que ora assume papel central: a “flexibilização”.

Enquanto categoria chave para compreensão da atuais relações de trabalho, a flexibilização tem sido focalizada ou mesmo utilizada sob diversos aspectos, tanto em distintas propostas de mudanças na órbita da gestão do trabalho como em vários estudos que tratam do tema. Definido de forma ampla, o conceito de flexibilização compreenderia, para a OCDE—Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico:

“... o conjunto de meios destinados a melhorar a eficácia das organizações e sua capacidade de adaptação as variações do contexto. Implica no abandono de métodos universalistas, regulamentários e centralizados, a favor de uma atividade orientada para resultados junto a métodos de gestão de recursos

humanos e financeiros baseados na descentralização de responsabilidade e adaptação ao contexto.” (SARAVIA,1997 apud POZZI & ZAGALSKY,1998: 7)

Em trabalho publicado pela Organização Pan-americana de Saúde, são enumerados cinco definições principais de flexibilidade, que por sua vez, segundo o documento, estão mais relacionadas a diferentes dimensões da relação salarial. Assim, a flexibilização das relações de trabalho pode ser entendida :

- “- como capacidade de ajuste das equipes para fazer frente a uma demanda variável em volume e composição (equipamentos flexíveis);
- como adaptabilidade dos trabalhadores para realizar tarefas distintas, complexas ou não;
- como possibilidade de variar o volume do emprego e a duração do trabalho em função da conjuntura local ou global;
- como a sensibilidade dos salários com relação à situação das empresas e do mercado de trabalho; e,
- como a supressão dos dispositivos legais desfavoráveis ao emprego em matéria de políticas fiscais e sociais” (BOYER, 1987 apud OPS 1996:XIII)

LAGOS (1994:84/85) também concorda com a idéia de que a flexibilização assumiria diferentes formas e que varia segundo critérios e fundamentos escolhidos para se alcançar maiores graus de flexibilização do mercado de trabalho. Assim, a flexibilização teria três diferentes enfoques: 1) flexibilidade dos custos laborais; 2) flexibilidade numérica e, 3) flexibilidade funcional.

O primeiro enfoque, da **flexibilidade de custos laborais**, é entendida, segundo LAGOS (1994:84) como o grau de sensibilidade dos salários nominais e dos custos não salariais (contribuições trabalhistas e encargos sociais), as variações econômicas em geral (como, por exemplo, inflação, produtividade, flutuação de demanda e desempenho de diferentes empresas). Para os que aderem a esse tipo de flexibilização, uma maneira de reduzir o

desemprego e ampliar a flexibilidade do trabalho seria executando uma revisão das regras trabalhistas, vistas como barreiras à criação de novos postos de trabalho.

A **flexibilidade numérica** compreenderia, para o autor, dois aspectos: a **flexibilidade numérica externa**, ou seja, a capacidade das empresas de ajustar o quadro de trabalhadores (aumentando-o ou diminuindo-o), tanto para responder às demandas do mercado como para responder às transformações tecnológicas. E o outro aspecto, caracterizado pelo autor de **flexibilidade numérica interna**, que implicaria em uma variação proposta pelas empresas, do número de horas trabalhadas, sem variação da quantidade de empregos.

Há ainda o conceito de **flexibilidade funcional**, que refere-se a variação de caráter essencial da atividade laboral, diante das modificações de volume de trabalho e introdução de novas tecnologias. Tal enfoque relaciona-se com a mobilidade dos trabalhadores dentro das empresas com a reorganização dos postos de trabalho, e requer dos trabalhadores a possibilidade de adaptação à uma série de tarefas de diversos níveis de complexidade. Citando BOYER, LAGOS (1994:89) acrescenta:

“Em síntese, a flexibilidade funcional apela para os conhecimentos técnicos e competência dos trabalhadores, e sua capacidade de dominar diversos segmentos do mesmo processo produtivo.” (BOYER, 1987:109, apud LAGOS)

Portanto, a flexibilização tem sido focalizada tanto no contexto organizacional quanto no contexto dos mercados de trabalho, ou seja, a flexibilidade tecno-organizativa que se refere aos equipamentos e tecnologia utilizadas, capacidade de adaptação da organização do trabalho (para responder às constantes alterações dos mercados), a constituição de equipes e polivalência dos postos.

E no âmbito das relações das organizações com o mercado de trabalho, quando busca uma substituição do modelo de contratação do trabalho por tempo “indeterminado” por um modelo de flexibilização dos processos de contratação, aumentando a capacidade que teriam os salários de aumentar ou diminuir

segundo a situação do mercado. Por outro lado, segundo SIQUEIRA NETO (1996:336), quanto a forma de flexibilização, esta pode ser imposta (pelo empregador ou por um ato do Estado) ou negociada.

As justificativas atuais para o movimento em direção à flexibilização, referem-se primeiro, ao campo macroeconômico, no qual fenômenos como o déficit público, deterioração da balança comercial, persistência de pressões inflacionárias e o desemprego são listados como principais fatores. Enquanto desequilíbrios microeconômicos são apontados, a perda de produtividade, pressões de custos e o caráter obsoleto dos investimentos passados frente à velocidade das transformações tecnológicas. Para autores como DEDECCA,1996, e MATTOSO,1994, esse processo de transformação nas relações de trabalho não pode ser tributado exclusivamente à crise iniciada na segunda metade dos anos setenta e que se estendeu até a década de oitenta, tampouco pode ser tributado unicamente às políticas neoliberais. Mas, segundo MATTOSO (1994:523):

“Efetivamente, tal situação foi facilitada por políticas que, ao longo dos anos oitenta, visaram alterar os supostos constrangimentos, incentivos e obstáculos à competitividade. A base destas políticas liberais foi o ajuste estrutural e a flexibilidade do trabalho (...), bem como a eliminação de regulações governamentais protetoras que supostamente engessariam o mercado de trabalho, elevariam custo de produção e minariam a competitividade. Seu objetivo era reduzir os custos empresariais, acelerar a mobilidade/flexibilidade do trabalho entre setores, regiões, empresas e postos de trabalho, eliminar a rigidez resultante da atividade sindical e das regulações trabalhistas e possibilitar, então, o ‘indispensável ajuste de preços relativos’.”

Em seu estudo, DEDECCA (1996:58) sublinha os argumentos para justificar o processo de flexibilização das relações de trabalho. Inicialmente, o movimento de transformação do capital industrial em capital financeiro, num contexto globalizado e marcado por constante instabilidade econômica, a introdução de novas tecnologias e métodos organizacionais e a desestatização dos padrões de concorrência intercapitalista nacionais e internacionais.

Resumidamente, se em grande medida o objetivo das políticas governamentais, no período anterior, foi o de assegurar aos trabalhadores formas estáveis e padronizadas de relação de trabalho e de segurança do emprego

diante da arbitrariedade das demissões. No final dos anos oitenta, tais formas de proteção passaram a ser consideradas responsáveis pelo desemprego crescente.

DEDECCA (1996), ao discutir a flexibilidade e a emergência da heterogeneidade nas relações de trabalho dos países desenvolvidos, observa que o novo perfil dos mercados de trabalho também sofre imposições vindas das recentes mudanças na relação empregoxdesemprego. Lembra o autor que o fenômeno da exclusão causada pelo desemprego teve justificativas históricas, como no período de consolidação do capitalismo, onde o desemprego era atribuído à destruição das formas de produção pré-capitalistas. Já na segunda metade o século XIX, tal fenômeno era resultado da crise e do processo de concentração de capital. Ou ainda, no presente século, quando imputou-se o problema do desemprego à emergência de uma nova crise econômica na década de 70, gerada pelo crise da produção do petróleo.

No período atual, o movimento de reorganização produtiva, embora imponha consequências econômicas e sociais que se diferenciam entre os diferentes espaços nacionais, tem elevado o grau de terceirização das diferentes economias, dificultando de forma crescente as perspectivas de reposição do nível de emprego com uma progressiva heterogeneidade das situações ocupacionais e, também, daquelas de desemprego. Esta heterogeneidade materializa-se na perda de importância das políticas de pleno emprego, acompanhada pelo crescimento dos empregos precários, fazendo com que a composição do próprio desemprego também se torne heterogênea².

Assim, diferentes países acabam por aumentar a diversidade de situações tanto na forma de incorporação do trabalho, como no que se refere ao desemprego. Como sublinha DEDECCA (1996:77):

“Passa-se a verificar que a heterogeneidade das formas de contrato de trabalho se relacionam a uma configuração também heterogênea do desemprego, onde cada vez mais o *standard employment* perde importância na estrutura ocupacional e o

² Atualmente além do **desemprego aberto** e de **longa duração**, que podem ser acompanhados pelas estatísticas do contingente de trabalhadores que são excluídos do conjunto de empregos formais, temos o fenômeno do **desemprego oculto**, que é constituído por pessoas que ainda não foram incorporadas pelo mercado de trabalho ou que o foram precariamente; por uma parte dos indivíduos que perdem seus empregos — na sua maioria jovens e mulheres— retornando a situação de inatividade, dedicando-se às tarefas domésticas ou aos estudos; por trabalhadores desempregados que acabam sendo momentaneamente incorporados ao mercado com contratos por tempo determinado ou parcial.

desemprego aberto explica limitadamente o crescente fenômeno da desocupação nos diferentes países.”

O atual movimento de racionalização produtiva tem se voltado para a obtenção da maior flexibilidade na utilização do capital e do trabalho, visando máxima redução de custos, da ociosidade dos fatores produtivos e dos riscos impostos pela instabilidade e mutação dos mercados, passando a exigir novas relações de trabalho. Aponta-se, assim, para a quebra de barreiras legais trazidas pelos sistemas de relações de trabalho nacionais que haviam se consolidado por meio de negociações coletivas, questiona-se as conquistas obtidas pelos sindicatos e reivindica-se novas normas públicas que regulem os mercados de trabalho.

Se no período pós-guerra, como aponta DEDECCA (1996:59), “as negociações definiam uma classificação de ocupações básicas e um piso salarial indexado aos incrementos de produtividade e as variações de preços e limites para as diferenças salariais entre as ocupações”, reforça-se a idéia de que a busca pela flexibilização, se torne condição fundamental diante da instabilidade dos mercados, da concorrência e da necessidade crescente de incorporação de tecnologia.

A reivindicação das empresas por maior autonomia de gestão do trabalho passa a ser então consubstanciada na proposta de contratação por tempo determinado, na implementação de regime de trabalho parcial e de adoção de jornadas de trabalho flexíveis, anteriormente proibidas.

Assim, as empresas passam a pressionar primeiro o Estado, objetivando que este atue em direção à desregulação das relações de trabalho e estabelecendo novas relações com os trabalhadores, priorizando uma relação mais direta com estes em detrimento das negociações coletivas.

Individualização dos Salários

DEDECCA (1996:62) chama a atenção para o crescimento do fenômeno que caracteriza como “individualização de salários” ou “salário eficiência”, onde

ganhos trabalhistas são estipulados levando-se em consideração indicadores de produtividade individual, resultados obtidos pelas empresas, nível de absenteísmo individual, criatividade no enfrentamento dos problemas cotidianos do processo de trabalho, rendimento da equipe de trabalho etc. Sempre buscando adotar formas mais flexíveis de gestão e uso do tempo de trabalho e do aumento da produtividade, tem-se adotado, como uma tendência geral, a incorporação de novas regras no que tange a determinação dos salários, gerando, com diferentes programas de incentivos à produtividade, mecanismos que levariam a um processo de “individualização dos salários” , “salário eficiência” ou “salário participativo”, convertendo uma parcela da remuneração total em um componente flexível.

O fenômeno da individualização dos salários é mais uma tendência importante que tem se manifestado em todas as esferas da produção. Os sistemas salariais antes baseados no tempo de trabalho e na jornada de trabalho, passam a ser orientados observando-se lucros e resultados. A composição final da remuneração tende a combinar salários fixos com uma participação em resultados alcançados. E os critérios de remuneração passam a ser estabelecidos levando-se em conta a *performance* individual do trabalhador, e este fenômeno acaba por contribuir para a substituição do modelo de negociação coletiva construídos nos países desenvolvidos.

Diminuição de Conflitos diretos entre Empregadores/Trabalhadores

Uma outra condição apontada como necessária à implementação de novos métodos organizacionais é a introdução de um novo tipo de relação empregador/empregado, caracterizada como uma relação mais “cooperada”, “individualizada”, pois se as formas de remuneração passam a computar os resultados finais de uma empresa, seus problemas acabam por assumir uma nova dimensão para os trabalhadores. Como observa PASTORE (1994:197):

“As empresas submetidas a alta competição têm pouca tolerância ao conflito interno. O trabalho é realizado na base de troca de experiências e a interação constante entre pessoas. Isso exige muito diálogo e consultação. As relações de trabalho,

nessas condições, saem do estilo adversário e caminham para a parceria.”

Diante desse novo modelo de relação de trabalho a participação dos sindicatos, assim como do Estado, perde importância. Estudos recentes (BARGAS:1994, ANTUNES:1995, SIQUEIRA NETO:1996, e DEDECCA:1996), apontam a tendência à diminuição do volume de sindicalização enquanto um impacto importante do novo modelo de relação de trabalho e que vai contribuir para um processo de exclusão dos sindicatos nos momentos de negociação.

Constata-se, portanto, uma ampliação da diversidade de formas de incorporar e gerir o trabalho, que atinge mercados internos e externos de trabalho nos vários setores da economia. Esta diversificação avança de maneira heterogênea, constituindo-se em uma multiplicidade de interesses divergentes, que tem dificultado não só a organização dos trabalhadores como a capacidade prática por parte dos sindicatos, do acompanhamento dos diferentes sistemas de remuneração e contratação.

Tal fato é focalizado em alguns estudos que apontam para a queda de participação e filiação sindical e pela diminuição dos movimentos de greves e paralisações.

Regionalização de Interesses

A regionalização de interesses trabalhistas é uma realidade percebida cada vez mais pelos estudiosos do tema. Por exemplo, algumas localidades de um mesmo país podem conhecer uma heterogeneidade de seus mercados de trabalho de forma mais acelerada do que em outras, acentuando disparidades regionais de emprego e renda. Esse fato contribui para uma crescente regionalização da representação sindical e política dos trabalhadores, e pode ser tomada enquanto uma expressão de um processo crescente de “regionalização de interesses” (DEDECCA, 1996:73). A tendência à “regionalização de interesses” tem se expressado nos diversos momentos em que a negociação coletiva perde lugar a outras formas de negociação mais localizada no espaço interno das empresas.

Assim, a heterogeneidade das relações de trabalho também amplia-se para o momento da negociação. Onde antes predominavam os acordos por categorias profissionais, passam a prevalecer os ramos de atividade produtiva e, em determinado momento, passam a ser realizados até mesmo por empresa. Tal situação tem levado os sindicatos a assumir, no momento da negociação, a diversidade de interesses dos trabalhadores, inseridos em diferentes tipos de empresa (grandes empresas ou empresas subcontratadas), enfrentando, portanto, diferentes situações de trabalho.

Polarização entre Trabalhadores

A emergência de um novo padrão de industrialização tem gerado, em um mesmo processo, segmentos diferenciados de trabalhadores. De um lado, um novo trabalhador, mais escolarizado, participativo e polivalente (em contraposição aos trabalhadores especializados, parcializados e/ou desqualificados da produção *fordista*). Este novo segmento de trabalhadores, necessário ao funcionamento permanente da nova produção capitalista (flexível, acentuadamente inovadora, em pequenos lotes etc.), poderia manter a garantia do emprego ou até mesmo elevar seus salários, ampliar a negociação coletiva (no âmbito da empresa) ou assegurar seu novo caráter polivalente, com educação e treinamento permanentes. De outro, cresce uma massa de trabalhadores que perde uma série de direitos trabalhistas e conquistas sociais adquiridos nas sociedades democráticas contemporâneas, frutos do ambiente internacional da bipolaridade, do Estado de bem-estar, das políticas econômicas de tipo Keynesiano e do crescimento estável. Estes normalmente trabalham sob formas de contrato de trabalho que são muitas vezes precárias.

1.3- Reestruturação Produtiva e Novo Papel do Estado

Fato importante de se observar é que a reestruturação da produção contribuiu em grande medida para o questionamento da presença do Estado na economia, incrementando as políticas privatizantes, principalmente a partir de 1979, com a ascensão de governos neoliberais nos Estados Unidos e no Reino Unido.

Ao realizar uma análise institucional da política econômica na Inglaterra, na década de 70, HALL (1992:4) afirma que a Inglaterra vivenciou uma revolução na política econômica, pois se no início de tal década era o caso paradigmático da era Keynesiana, nos anos 80 continua também a liderar, só que desta vez em outra direção. Sob a orientação de Margareth Thatcher, o modelo de construção da política econômica, pautado nos princípios do Keynesianismo, foi substituído pelo modelo monetarista.

Em termos gerais, a evolução da política inglesa nas duas décadas, subsequentes a década de 70, é clara e bem representada pela diferença entre a política econômica proposta e a que a antecedia desde a Segunda Guerra. O alvo central da política macroeconômica deixa de ser o desemprego e passa a ser a inflação.

Como pontua FREITAS JÚNIOR (1996:151), o Estado inglês transita de uma prática reguladora das relações de trabalho, de agente promotor do bem-estar social, distributivo a um só tempo neutralizador de conflitos, para um agente promotor da competitividade e indutor de outros modelos de organizações de trabalho, baseados, segundo o autor: primeiro na fragmentação da grande empresa em unidades ágeis, competitivas e ultra-especializadas, segundo, na busca permanente por racionalização e produtividade e, em terceiro lugar, na adoção de qualificadores globais de eficiência estratégica.

O novo modelo de política, impulsionado pelas mudanças institucionais e econômicas na Inglaterra poderia ser resumido no Quadro 1 realizado a partir do estudo de FREITAS JUNIOR (1996), da seguinte forma:

QUADRO 1

Mudanças no Modelo de Política

| Modelo Anterior | Modelo Atual |
|------------------------------------|---|
| Paradigma do <i>welfare State</i> | Estado promotor de eficiência gerencial |
| Centralidade das políticas Sociais | Política industrial ganha centralidade |
| Ética da responsabilidade | Ética da eficiência |

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Políticas sociais distributivas | Políticas sociais compensatórias |
|---------------------------------|----------------------------------|

Elaboração Própria, fonte: Freitas Júnior, 1996.

Segundo CARVALHO NETO (1996:99), o questionamento do papel do Estado no Reino Unido concretizou-se na venda de empresas estatais, incluindo monopólios de prestação de serviços públicos (gás, eletricidade, petróleo e telecomunicações). O governo britânico foi mais além, incentivando experiências de privatização da prestação de serviços públicos municipais, como a limpeza de ruas, que passou a ser da responsabilidade de empresas privadas, num processo crescente de terceirização.

Na opinião de DEDECCA (1996:57), a menor intervenção do setor público nas relações econômicas e sociais teria três objetivos básicos; primeiro, romper o processo de concorrência entre os setores públicos e privados pela repartição da poupança existente. Segundo, contrair os gastos públicos no sentido de permitir uma redução dos custos salariais indiretos do setor privado. Terceiro, reduzir a regulação pública sobre as relações de trabalho para que as empresas possam restabelecê-las em bases mais compatíveis com a nova conjuntura econômica.

Amplia-se também a pressão política para que o Estado revogue as normas contrárias à flexibilização das relações de trabalho e reduza os encargos sociais. Entretanto, segundo DEDECCA (1996:63): “esta última continua sendo a *pièce de résistance* da flexibilização das relações de trabalho”. Mesmo com a intenção de reduzir os encargos sociais, o que se observa é um movimento de elevação dos gastos públicos diante da crescente necessidade de políticas de proteção ao emprego, ao desemprego e aposentadoria, num ambiente de crise dos mercados de trabalho na grande maioria dos países.

1.4- O Fenômeno da Flexibilização do Trabalho no Brasil

Atualmente, no Brasil, verifica-se um crescente discurso favorável à flexibilização das relações de trabalho. Muitos autores (ILO:1984, PASTORE:1994, e ZYLBERSTJN:1998) têm afirmado que para contornar a competição, recessão e novas necessidades de contratação, deve-se seguir a

tendência geral dos mercados de trabalho dos países mais avançados, ou seja, a flexibilização. Segundo PASTORE (1994:14):

“Quem não coopera, não consegue competir. A palavra de ordem nos atuais sistemas de relações do trabalho é flexibilizar, ou seja, ajustar-se às novas condições e tirar o máximo proveito delas. A necessidade de inovar e competir está exigindo novas modalidades de contratação e remuneração do trabalho. Quando as relações trabalhistas dependem muito da legislação, as adaptações são lentas, as empresas perdem a competição e os trabalhadores ficam sem emprego”

PASTORE analisa dois modelos possíveis de relações de trabalho. No primeiro, o “**modelo estatutário**”, a maioria dos direitos e deveres é garantida por lei, e as discordâncias e impasses tendem a ser remetidos para a justiça comum ou à justiça do trabalho. No segundo modelo, conhecido como “**modelo negocial**”, os direitos e deveres são assegurados por um contrato firmado, diretamente, entre empregados e empregadores ou seus representantes. Neste tipo de negociação, os conflitos são resolvidos entre as próprias partes ou através de terceiros que elas mesmas escolheram como árbitros. Na opinião deste autor, não encontramos hoje algum país no mundo que se enquadre inteiramente no modelo estatutário ou no negocial, os países tenderiam mais para um modelo ou outro. No Brasil tem predominado o modelo estatutário, onde os acordos e convenções coletivas são complementares à legislação.

PASTORE (1994:213) defende a tese de que “o sistema estatutário de relações do trabalho vigente no Brasil é rígido demais para garantir um mínimo de sucesso na corrida da competição mundial”. Sugere, então, a substituição do padrão de relação trabalhista por um modelo negocial, guardadas nossas particularidades. Para tanto, reconhece a exigência de grandes mudanças na esfera legal e na “própria mentalidade dos protagonistas da cena trabalhista no Brasil”. Nesse sentido, PASTORE aponta para uma flexibilização mais voltada para a questão dos custos do trabalho com a revisão dos direitos legais extensivos a todos os trabalhadores no mercado formal, o que reduziria o custo da incorporação do trabalho e aumentaria a competitividade das empresas.

Para uma outra vertente teórica, representada por CAMARGO,1996; AMADEO,1996; URANI,1996, por exemplo, nosso mercado de trabalho já se encontra em grande medida flexibilizado.

CAMARGO (1996:27-34), fazendo uma análise de indicadores de acompanhamento do mercado de trabalho, aponta índices que servem para medir o grau de flexibilização do mercado de trabalho. Inicialmente, segundo o autor:

“Um bom indicador do grau de flexibilidade do mercado de trabalho para se adaptar a choques exógenos é o modo pelo qual a taxa de desemprego aberto varia. Se a taxa de desemprego é relativamente estável e não varia muito com os choques, é sinal de que o mercado de trabalho é flexível. Isso mostra que o ajustamento foi em grande parte absorvido pelas variações dos salários reais. Se a taxa de desemprego aumenta, o mercado de trabalho é rígido.”

Assinala ainda, que o índice de desemprego aberto no País tem se ajustado rapidamente a conjuntura econômica, e esse índice somado a outros resultados como: alta variação dos salários reais, alto índice de rotatividade de mão-de-obra e um predomínio de contratos de trabalho de curto prazo, indicariam que o mercado de trabalho brasileiro porta um expressivo grau de flexibilização. Para este autor, um efeito negativo do elevado grau de flexibilidade do mercado de trabalho no país seria o baixo investimento em capital humano (treinamento e qualificações específicas). Assim:

“...as firmas brasileiras exigem muito pouco treinamento de seus empregados e o investimento em capital humano no emprego restringe-se a um treinamento muito específico e simples. Dessa forma, os ajustes do mercado de trabalho se dão principalmente através da admissão e da demissão de trabalhadores e muito pouco através de retreinamento e requalificação.”

Na verdade, esta segunda corrente teórica defende, ao contrário de PASTORE, a promoção da estabilidade dos vínculos de emprego por meio de

alterações na sistemática do FGTS, no seguro desemprego e na justiça do trabalho, em direção a uma “**flexibilidade funcional**”, capaz de elevar a produtividade e aumentar a competitividade brasileira.

Um terceiro conjunto de estudos sobre o padrão atual de gestão do trabalho no país, (MATTOSO:1996, DEDECCA:1996, BALTAR et al:1996, SIQUEIRA NETO,1996, entre outros), revela algumas especificidades do Brasil em relação aos demais países. Como assinalam BALTAR et al (1996:112), o contexto em que se desenvolve o debate sobre a flexibilização do trabalho em nosso país, embora se instaure num momento de abertura da economia à competição internacional, implicando igualmente na discussão acerca da necessidade de flexibilização na incorporação do trabalho para um ajustamento das empresas, como acontece nos demais países, destaca-se por estabelecer relações de trabalho diferentes. Segundo os autores:

“As relações de trabalho no Brasil são muito diferentes das vigentes na Europa. Destaca-se, em particular, a elevada rotatividade da mão-de-obra e o relativamente pequeno quadro de pessoal permanente ou estável na empresa. De fato, a contratação coletiva do trabalho nunca se desenvolveu e os direitos do trabalhador, garantidos por lei, não acarretam alto custo do trabalho nem impedem uma utilização flexível da mão-de-obra pelas empresas. E para a maioria dos trabalhadores prevalecem o baixo nível dos salários e freqüente mudanças de emprego.”

Esta vertente também considera o alto grau de flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil, apontando, igualmente, os limites à proposição de que a alteração das regras trabalhistas garantiria uma ampliação de empregos. Por outro lado, assinalam que uma flexibilidade funcional e a estabilidade do emprego não se traduzem em maior produtividade. Como afirma BALTAR et al (1996:145), o modelo de gestão do trabalho necessita de alterações, porém, em amplos sentidos: de um lado, com medidas que levem a uma pressão sobre o Estado para forçá-lo a atuar a favor da retomada do desenvolvimento econômico. De

outro lado, a “implementação de uma autêntica contratação coletiva do trabalho, a qual exige sindicatos representativos nos diversos locais de trabalho”.

Entretanto, se os debates que envolvem o grau de rigidez das normas trabalhistas, e as diferentes propostas de sua reformulação, sobre as modalidades de flexibilização do mercado de trabalho que se deva enfatizar no país e a respeito dos diferentes critérios de verificação do grau de flexibilidade, continuam inconclusos. Na prática, o grau de flexibilização das relações de trabalho, seja em relação aos custos trabalhistas, a flexibilização numérica ou funcional, tem se mantido de forma crescente. Dinamizando os processos de “individualização dos salários” (por meio de um número cada vez maior de empresas no país que implementam, hoje, programas de incentivos à produtividade), de diminuição do conflito direto entre empregadores e trabalhadores, ampliação da “regionalização de interesses” (por meio do aumento de acordos internos às empresas) aumentando o processo de polarização entre trabalhadores.

Atualmente, o movimento de flexibilização deixou de pertencer somente ao espaço da gestão do trabalho das empresas privadas e alcançou o setor público. Em todo o mundo amplia-se as propostas de reformulação das instituições públicas, onde mudanças no modelo de incorporação e gestão do trabalho ganham lugar de destaque nas agendas de reforma do Estado.

Capítulo 2

REFORMA DO ESTADO E GESTÃO DO TRABALHO O Serviço Público em Questão

2.1- Reforma do Estado e Gestão do Trabalho

As transformações nos padrões de relação de trabalho também alcançam a esfera pública e, mesmo de forma mais gradual, não deixam de constituir um importante processo de transformações estruturais. Estas transformações têm impulsionado a geração de condições de trabalho diferentes e, especialmente, modificado a gestão do trabalho no serviço público. Até pouco tempo, o setor público constituía um universo homogêneo e específico, com regras diferentes daquelas do setor privado, que permitiam relações de trabalho afastadas das regras do mercado.

A competitividade mundial e as propostas de revisão do papel do Estado, colocam os aparatos públicos em situação de concorrência e de questionamento quanto a sua competência em implementar políticas públicas de forma eficiente, eficaz e equânime, levando o Estado a realizar mudanças em seu funcionamento. Com isto, o contexto de reformas do Estado introduz variáveis que rompem com o afastamento entre o setor público e o privado. E, embora existam hoje distintas formas de compreensão e sentidos imputados às reformas, bem como variação de seus resultados entre diferentes países, há um consenso entre as diversas abordagens teóricas sobre a necessidade delas.

Para KAUFMAN (1998:43/44), o atual debate sobre a agenda de reforma do Estado na América Latina e Europa Oriental é fortemente influenciado por temas desenvolvidos pelas agências financiadoras internacionais, seriam eles:

- 1-“A centralização e o isolamento político do controle sobre a política macroeconômica, particularmente das despesas e decisões monetárias. Nesse contexto, tem sido especialmente enfatizada a de autoridade sobre a política monetária para os bancos centrais que não estejam diretamente sujeitos à autoridade constante do Executivo eleito ou do Legislativo.
- 2-A descentralização e/ou privatização da burocracia encarregada da prestação de serviços sociais – pressupondo que as autoridades locais fossem sensíveis às demandas de seus

eleitores, e que a competição entre os fornecedores aumentasse a eficiência dos seus serviços.

3-A delegação de funções reguladoras a agências independentes, encarregadas de supervisionar os prestadores de serviços e de lidar com externalidades associadas à privatização, liberalização do mercado e outras reformas especificamente voltadas para o mercado.

4-A criação de quadros mais capacitados de servidores públicos. Eles seriam recrutados de acordo com critérios meritocráticos, teriam autoridade considerável sobre os procedimentos operacionais, e seriam avaliados em termos de padrões de desempenho.” (grifo nosso)

KAUFMAN (1998), ao analisar as diferentes perspectivas e suas hipóteses sobre os processos de reforma do Estado, aponta três abordagens distintas³, indicando suas vantagens e desvantagens para a análise dos diferentes resultados políticos das mudanças institucionais em curso na América Latina e Europa Oriental. Para o autor, tais abordagens, cumpririam um requisito fundamental para a observação das reformas, qual seja, a identificação de atores de relevância no processo político, suas preferências e recursos políticos, aliado ao acompanhamento da maneira pela qual suas decisões são mediadas pelas estruturas sociais e políticas de cada realidade. Segundo o autor (1998:44):

“A reforma do Estado não é simplesmente uma questão de congregar a “vontade política” necessária para a implementação de fórmulas institucionais ‘corretas’ . Mais que as reformas na política econômica, os esforços para modificar a estrutura institucional onde se elabora e implementa a política serão afetados pelo conflito e negociação entre grupos de interesses domésticos e

³A primeira, **o institucionalismo da economia política**, explicam os resultados das reformas e as mudanças institucionais analisando as relações entre grupos de interesse econômico e suas inserções nos mercados de comércio global e de capital, destacando como os líderes políticos nacionais têm suas escolhas limitadas pela globalização dos mercados. A Segunda, **institucionalismo da escolha racional**, parte da premissa de que a (re)organização burocrática reflete as preferências de competidores políticos, cujo objetivo básico consistiria em conseguir ou manter seus postos. A terceira, **a sociologia institucional**, analisa a matriz maior de instituições e normas sociais nas quais o comportamento econômico e burocrático está inserido, tomando como problema a identidade e a maneira pela qual os atores formam suas preferências, incluindo em sua análise atores que não estão inteiramente situados em instituições de mercado ou do Estado, como, por exemplo, as associações comunitárias (KAUFMAN,1998). PEREIRA(1997), em outra revisão crítica da literatura sobre as reformas, acrescenta além das abordagens analisadas por Kaufman, uma quarta abordagem, a do **modelo do principal-agente**, segundo a qual o objetivo da reforma do Estado seria a criação de mecanismos institucionais de controle mútuo, que permitem ao governo monitorar o comportamento de agentes econômicos privados e aos cidadãos, controlar o próprio governo.

internacionais, políticos e burocratas, muitos com altos interesses no *status quo* institucional.”

Mais recentemente, o governo brasileiro propõe uma reforma do Estado balizada pelos itens que compõem a agenda de reformas para a América Latina e calcada na idéia de que a verdadeira crise é a crise do Estado.

Em diferentes documentos editados pelo MARE, estão sublinhadas as idéias de que as transferências do Estado foram sendo capturadas pelos interesses especiais de empresários, da classe média e dos burocratas públicos, geradores da atual crise do Estado brasileiro. Ao analisar a reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira de 1988, o então ministro do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado- MARE- Carlos Bresser Pereira afirma que reformar o Estado significaria:

“superar de vez a crise fiscal, de forma que o país volte a apresentar uma poupança pública que lhe permita estabilizar solidamente os preços e financiar os investimentos. Significa completar a mudança na forma de intervenção do Estado no plano econômico e social, através de reformas voltadas para o mercado e para a justiça social. Reformar o Estado significa, finalmente, **rever a estrutura do aparelho estatal e do seu pessoal**, a partir de uma crítica não apenas das velhas práticas patrimonialistas ou clientelistas, mas também do modelo burocrático clássico, com o objetivo de tornar seus serviços mais baratos e de melhor qualidade”. (grifo nosso)

O marco referencial do Programa de Reforma Administrativa proposto pelo MARE é o **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995)**, que identifica a crise brasileira da última década como uma crise do modelo de desenvolvimento adotado pelos governos anteriores, desviando o Estado de suas funções básicas, o que teria agravado a crise fiscal e, por consequência, a inflação.

A questão da crise do Estado é trazida para a contemporaneidade dos últimos 20 anos, destacando a aceleração do desenvolvimento tecnológico e da globalização da economia mundial. Nestes termos, o documento (Brasil 1995:15) caracteriza, assim, a crise do Estado:

- 1- “uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa;
- 2- o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações, no terceiro mundo, e o estatismo nos países comunistas; e,
- 3- a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática.”

Propõe, assim, uma reforma do aparelho de Estado envolvendo quatro problemas, que embora interdependentes podem ser distinguidos. Primeiro, **delimitação das funções do Estado**, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal por meio de programas de privatização, terceirização e “publicização”, este último processo implica na transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta. Segundo, **redução do grau de interferência do Estado** ao efetivamente necessário, com programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um produtor da capacidade de competição do país a nível internacional, ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional. Terceiro, **recuperação da governança**, definida como capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo, e, quarto, **aumento da governabilidade** ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar.

O modelo institucional proposto pelo documento do governo federal para o Estado, ficaria dividido em quatro setores:

- **Núcleo Estratégico**, no qual são definidos os instrumentos reguladores e as políticas públicas e que tem, ainda, o papel de cobrar o seu cumprimento; a ele correspondem os Poderes Legislativo e Judiciário, o Ministério Público e, no Poder Executivo, o Presidente da República, os Ministros e seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.

- **Atividades Exclusivas**, onde são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços ou agências em que se exerce o poder extroverso do Estado —o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos, estariam a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, entre outros.

- **Serviços não exclusivos**, setor onde o Estado atuaria simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. O modelo da proposta prevê que as instituições desse setor não possuem o poder de Estado, embora este se faça presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem “economias externas” relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do Estado. Como exemplos, são listados: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus.

- **Produção de bens e serviços para o mercado**, que corresponde à área de atuação das empresas. Algumas dessas atividades que ainda permaneciam no Estado, como por exemplo as de infra-estrutura, estão sendo gradativamente privatizadas. Como exemplo, todo o setor de telecomunicações no país acaba de ser privatizado.

É no setor de serviços não exclusivos do Estado que se encontram as Organizações Sociais (OS), definidas no Plano (Brasil 1995;13-15) como um modelo de organização pública destinada a absorver atividades consideradas publicitáveis mediante qualificação específica. Estas são constituídas por associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedades de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.

Relativo à questão de incorporação e gestão do trabalho no interior das OS, o Plano destaca que, estas, por assimilarem características cada vez mais

próximas das praticadas no setor privado, alcançarão, entre outras vantagens, a contratação de pessoal nas condições de mercado.

As proposições para a gestão das OS estariam expressas em um contrato de gestão, onde, como salienta o documento do MARE que apresenta o projeto das OS, além de maior consciência sobre a missão, maior e melhor aprendizado do corpo gerencial no plano estratégico, para o desenvolvimento de inovações gerenciais, seria necessário o **estabelecimento de um novo contrato psicológico com os servidores: novas formas motivacionais e redefinição da relação desempenho-recompensa.**(MARE,1997:12)

Assim, o debate da Reforma do Estado formula para a agenda pública questões que envolvem a construção de novos desenhos institucionais de políticas, por meio de uma **reforma administrativa**, que prevê profundas alterações em termos de gestão dos recursos humanos do setor público.

No Plano Diretor (Brasil,1995), São definidas duas diretrizes para atingir esta Reforma, ou seja, a **reforma administrativa**, cujo objetivo principal é a definição de tetos precisos para a remuneração dos servidores ativos e inativos. Por outro lado, propõe-se a flexibilização da estabilidade e a permissão de regimes jurídicos diferenciados, em busca de uma administração gerencial⁴. E a **reforma da previdência** que propõe alterações no sistema de aposentadorias, ou seja, que estas passem a ocorrer mais tarde e que sejam proporcionais ao tempo de contribuição do servidor.

O governo federal questiona também a legislação trabalhista para o setor público, por ser esta, protecionista e impeditiva de uma gestão eficiente, ao permitir um uso indiscriminado da estabilidade dos servidores e estabelecer critérios rígidos de seleção e contratação de pessoal. Em relação ao concurso público, o documento ressalta algumas ineficiências que de fato necessitam ser superadas, quais sejam, a falta de regularidade e avaliação da necessidades de quadros e a admissão de um contingente excessivo a um só tempo, seguidos de longos períodos sem concurso. Outras questões, tais como, regime jurídico único,

⁴ Segundo o Plano (Brasil 1995:22/23), inspirada na administração de empresas, com a ressalva de estar diretamente voltada para o interesse público. Se fundamenta nos princípios da confiança

perfil do funcionalismo, carreiras públicas, são também alvo da reforma administrativa.

O documento aponta, ainda, que a administração pública no Brasil, “embora marcada pela cultura burocrática e regida pelo princípio do mérito profissional, não chega a se consolidar, no conjunto, como uma burocracia profissional nos moldes Weberianos”⁵. No que se refere a dimensão de cultura organizacional, incluindo a própria gestão, salienta que embora a cultura burocrática se mostra atenta em evitar práticas clientelistas ou patrimonialistas, não reconhece que, embora presentes como prática, já não se constitui como um valor (Brasil, 1995:37-38).

A crise fiscal, que também figura entre as principais justificativas do governo para a reforma administrativa, é associada ao aumento crescente dos gastos com recursos humanos. No Plano Diretor (Brasil,1995:40), por exemplo, ressalta-se que, para o ano de 1995, 36% dos gastos seriam destinados somente ao pagamento de aposentadorias de funcionários da União. E, de acordo com a previsão para os próximos anos, o número de ativos será igual ao de inativos, ampliando a crise do Estado sobre o ponto de vista fiscal.

Quanto ao sistema de remuneração implementado pelo Estado, este se mostra incapaz de atender satisfatoriamente tanto ao mercado interno (carreiras com mais prestígio que outras dentro do sistema —militares, por exemplo), como, e principalmente, de acompanhar os valores salariais pagos no mercado privado àqueles profissionais mais bem qualificados.

Assim, a partir desse diagnóstico o governo federal propõe um conjunto de mudanças da administração pública gerencial baseado em um sistema de motivação com dimensões positivas (estímulo ao sentido de missão do servidor, estímulo a uma cultura do atendimento ao cidadão-cliente e um sistema de carreira) e negativas (possibilitada com a demissão por insuficiência de desempenho). A proposta de reforma administrativa apresentada pelo governo federal está acentada na idéia de que, "a superação das formas tradicionais de ação estatal implica descentralizar e redesenhar estruturas, dotando-as de

e da descentralização da decisão, em formas flexíveis de gestão, horizontalização de estruturas, descentralização de funções e incentivo à criatividade.

inteligência e flexibilidade, e sobretudo desenvolver modelos gerenciais para o setor público, capaz de gerar resultados." (Brasil, 1995:51)

Na esfera institucional-legal, na qual pretende-se viabilizar as mudanças fundamentais para a reforma do aparelho do Estado, propõe-se duas emendas de reforma administrativa. A primeira, apresenta-se no Quadro 2:

A segunda emenda estabelece o seguinte: primeiro, um tratamento equilibrado entre os três poderes nas prerrogativas relativas à organização administrativa; e em segundo lugar, a fixação de vencimentos dos servidores dos três Poderes, excluídos os titulares de poder, através de projeto de lei. A iniciativa será sempre do poder respectivo, mas a aprovação passa a depender da sanção presidencial. (Brasil, 1995:64)

⁵ vale dizer, uma administração voltada para o combate à corrupção e o nepotismo patrimonialista, dando ênfase a profissionalização, carreira, impessoalidade, hierarquia funcional, formalismo, entre outras características.

QUADRO 2

QUADRO DOS PRINCIPAIS ITENS DA REFORMA ADMINISTRATIVA

- O fim da obrigatoriedade do Regime Jurídico Único, permitindo-se a volta de contratação de servidores celetistas;
- A exigência de processo seletivo público para a administração de celetistas e a manutenção do concurso público para admissão de servidores estatutários;
- A flexibilização da estabilidade dos servidores estatutários, permitindo-se a demissão, além de por falta grave, também por insuficiência de desempenho e por excesso de quadros;
- Nos dois últimos casos o servidor terá direito a uma indenização;
- No caso de insuficiência de desempenho, que tem por objetivo levar o servidor a valorizar o seu cargo e permitir ao administrador público cobrar trabalho, o funcionário só poderá ser demitido depois de devidamente avaliado e terá sempre direito a processo administrativo específico com ampla defesa;
- No caso de exoneração por excesso de quadros, a exoneração deverá obedecer a critérios gerais estabelecidos em lei complementar, e os cargos correspondentes serão automaticamente extintos, não podendo ser recriados em um prazo de quatro anos;
- Possibilidade de se colocar servidores em disponibilidade com remuneração proporcional ao tempo de serviço como alternativa à exoneração por excesso de quadros;
- Permissão de contratação de estrangeiros para o serviço público, sempre através de concurso ou processo seletivo público, desde que lei específica o autorize;
- Limitação rígida da remuneração dos servidores públicos e membros dos Poderes, inclusive vantagens pessoais, à remuneração do Presidente da República;
- Limitação rígida dos proventos da aposentadoria e das pensões ao valor equivalente percebido na ativa,
- Facilidade de transferência de pessoal e de encargos entre pessoas políticas da Federação, a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, mediante assinatura de convênios;
- Eliminação da isonomia como direito subjetivo, embora mantenha, implicitamente, o princípio, que é básico para qualquer boa administração” (Brasil, 1995,62:64)

Fonte: Brasil, Presidência da República, Plano Diretor da Reforma do Estado:1995.

Da cronologia da reforma administrativa, alguns fatos importantes, no que se referem ao tema da incorporação e gestão do trabalho no setor público, merecem destaque.

Em julho de 1995, a Câmara da Reforma do Estado⁶ aprova proposta de emenda constitucional a ser enviada ao Congresso Nacional, com os seguintes pontos principais: a) ampliação da autonomia financeira, administrativa e orçamentária para as autarquias, fundações e empresas públicas; b) flexibilização da estabilidade mantendo-a apenas para as carreiras exclusivas de Estado. Abre a possibilidade de demissão por excesso de quadros e insuficiência de desempenho; c) fim do RJU e a criação de regimes diferenciados; d) implantação do modelo de Contrato de Gestão no serviço público, e) flexibilização dos mecanismos de admissão de pessoal.

Em agosto de 1995, o governo federal envia ao Congresso Nacional a proposta de **Reforma Administrativa**.

Em março de 1997, o governo federal edita Medida Provisória 1549-28, de 14/03/97, criando as **Agências Executivas**.

Em dezembro de 1997, após estudos do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado para a elaboração de instrumentos legais (Medida Provisória, decretos de qualificação etc.), referentes ao modelo de organização para o setor de serviços não exclusivos do Estado, o governo federal aprova Medida Provisória criando as **Organizações Sociais**.

Em maio de 1998, é transformada em Lei a Medida Provisória que estabelece critérios para constituição das **Organizações Sociais**.

⁶ A condução de todo o processo de reforma do Estado, que se dá no âmbito das instituições do Governo Federal, envolve uma série de órgãos, alguns dos quais criados especialmente para essa função, são eles: **Câmara da Reforma do Estado e seu comitê Executivo**, responsáveis pela dimensão político-estratégica, com atribuições de aprovar, acompanhar e avaliar os projetos da reforma, **Conselho da Reforma do Estado**, **Casa Civil da Presidência da República**, **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado**, **Ministério do Planejamento e Orçamento** e **Ministério da Fazenda**.

Em 04 de julho de 1998, O Congresso Nacional aprova **Emenda Constitucional nº19**, alterando substancialmente as regras da gestão do serviço público nos itens: estabilidade, fixação de remuneração, incorporação e profissionalização dos servidores, assim como estabelece um novo conjunto de princípios balizadores de sua gestão, as principais marcas desta Emenda são:

Revisão das Regras da Estabilidade do Servidor

- Exigência de 3 anos para aquisição da estabilidade;
- Avaliação de desempenho passa a ser exigida como requisito para aquisição da estabilidade, pelo servidor;
- O servidor poderá perder o cargo por motivo de insuficiência de desempenho, apurada em procedimento de avaliação periódica;
- Demissão dos servidores não estáveis e estáveis;
- Serão suspensos os repasses de verbas federais e estaduais aos Estados, Distrito Federal e Municípios que não promoverem o ajuste de suas contas aos limites de despesas com o pessoal, previstos em lei complementar, esgotando o prazo previsto na referida Lei; e
- Fica estabelecida a exigência de aprovação de projeto lei específico, para fixação ou alteração de remuneração dos servidores públicos e membros do Poder.

Novos Limites e Critérios para a Fixação das Remunerações

- Teto de remuneração único, referenciado no subsídio dos Ministros do Supremo Tribunal Federal, e
- Remuneração na forma de “subsídios”, para determinadas categorias.

Flexibilização do Regime de Admissão dos Servidores

- Deixa de ser obrigatória a adoção de regime jurídico único para os servidores da administração pública direta, autárquica e funcional;
- Permissão para requisitos diferenciados de admissão do servidor, e
- Adequação do concurso público à natureza e complexidade do cargo.

Profissionalização da Função Pública

- Reserva de cargos e funções de carreira.

Desenvolvimento da Gestão, Transparência e Controle Social

- Eficiência como princípio da administração pública;

- Fica prevista lei que regulamentará a ampliação da autonomia dos órgãos e entidades da administração pública que firmem “contratos”, com fixação de objetivos e metas de desempenho, e
- Poderão ser instituídos adicionais ou prêmios a título e bonificação por economias obtidas em despesas correntes em cada órgão, autarquia ou fundação da administração pública que firmem “contratos”, com a fixação de objetivos e metas de desempenho.

Neste contexto político de busca de novas estruturas, vimos surgir no cenário organizacional, a proliferação de desenhos alternativos à gestão direta do Estado, com propostas tanto para as instituições que prestam atividades consideradas “não-exclusivas” do Estado (como no caso do projeto das Organizações Sociais), quanto ao estímulo à flexibilização da gestão, substituindo servidores públicos por prestadores privados.

Vale salientar, ainda, alguns questionamentos sobre as mudanças de direitos dos funcionários públicos resultante das reformas propostas. A transição de uma política de recursos humanos baseada no RJU (com estabilidade, contratação dependente de autorização dos níveis centrais de gestão e mediante concurso público), para uma política centrada na CLT (com salários de mercado e autonomia para contratar através de seleção simplificada). Poderia, segundo TEIXEIRA (1997:203), fragilizar a situação dos funcionários públicos, pois mesmo prevendo que contratos de gestão evitariam práticas clientelistas em detrimento da produtividade, ao assegurar que cargos fossem extintos em caso de demissão. A autora argumenta (TEIXEIRA,1997:203/204):

“Retiradas as garantias constitucionais que impedem a demissão imotivada, conhecida a cultura política brasileira eivada dos valores do patrimonialismo e clientelismo, imediatamente se coloca a questão de como fazer face a essas tendências quase inexoráveis. (...) Em relação a esse ponto, em entrevista recente, o maior especialista em poder político no país, Raimundo Faoro, afirmou que, dada a imaginação nacional, o que vai ser extinto será o nome do cargo, em vez do cargo”.

No Brasil, a flexibilização e terceirização da gestão do trabalho têm-se ampliado muito no âmbito das empresas estatais, abrangendo inclusive atividades-fim das empresas (serviços de telecomunicações). Por outro lado, os serviços de apoio, como portaria, recepção, segurança, cantina, faxina, digitação, etc., já estão, de maneira geral, terceirizados. Especialmente no setor saúde, a terceirização está mais acentuada naqueles serviços gerais (limpeza, vigilância, alimentação etc.), estendendo-se às áreas administrativas e gerenciais. Em escala menor, mais crescente, têm-se as cooperativas de trabalho médico organizando-se na prestação de serviços especializados.

Para a gestão dos trabalhadores que estão inseridos no quadro permanente do setor público, surgem no país alternativas de remuneração com a introdução de incentivos à produtividade, propostas de licenciamento do setor público com vinculação à cooperativas, e de contratualização, entre outras.

2.2- A Gestão do Trabalho no SUS

O setor saúde no Brasil tem passado por um processo de reestruturação desde a implantação do SUS. A unificação e a municipalização da rede pública de serviços, assim como a proposta de um novo modelo assistencial, são estratégias básicas para a implementação do novo sistema, que tem na equidade seu eixo condutor. O sistema institucionalizado determina que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada, e constituam-se em um sistema único organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, integralidade e controle social.

Num primeiro momento, a política de recursos humanos que contemplasse a admissão dos trabalhadores por concurso público, isonomia salarial, Planos de Cargos, Carreiras e Salários — PCCS— para os trabalhadores de saúde e melhor qualificação profissional, seriam os principais mecanismos para se atingir os objetivos propostos pelo SUS.

As diretrizes quanto às necessidades de recursos humanos deveriam refletir os objetivos e formas de organização dos serviços de saúde. Como sublinha SANTANA (1990:69)⁷:

“Adotados os objetivos de eficiência e eficácia social, de equidade e de democratização e a organização segundo necessidades de saúde, a quantidade e o perfil de recursos humanos serão definidas, inicialmente, com base num conceito equivalente ao de **demanda social por trabalho em saúde**: ‘reflete o número e a composição de empregos adequados a um padrão de atenção médico-sanitária socialmente desejável, o que nas metas de SPT/2.000 significa universalização do acesso, equidade no atendimento e integralidade das ações, nas modalidades assistenciais adequadas, dentro de uma combinação

⁷ Sobre a conjuntura do mercado de trabalho em saúde no Brasil nas décadas de 70 e 80 e os debates e tendências das políticas de RH para o SUS nos anos 90, é interessante consultar a análise de MACHADO, M.H. et Al (1992).

técnica ótima dos recursos (físicos, humanos e financeiros) para produção de serviços.”

No curso dos anos 90, as políticas de gestão dos recursos humanos em saúde têm um menor consenso entre seus atores do que na década anterior, onde os debates em torno da isonomia salarial e a estruturação de PCCS para todos unificaram gestores do SUS, formuladores de políticas para a saúde, trabalhadores e suas representações.

Tal dissenso pode encontrar suas raízes explicativas nos efeitos da crise do setor saúde, sentidos pelas políticas de recursos humanos. Segundo MENDES (1996), grande parte dos países no mundo têm vivido uma crise no setor saúde, expressa na ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da população. Para o autor, os sistemas de saúde vêm demonstrando tais problemas na medida em que gastam cada vez mais recursos, mas os resultados têm sido baixos, não havendo correlação entre implementação de gastos e níveis de saúde. Em termos gerais, para o autor, ainda quem mais precisa é quem menos tem acesso aos serviços.

MENDES (1996) identifica ainda três correntes distintas, para explicar as razões dessa crise. Para a primeira delas a crise se manifesta enquanto resultado do escasso recurso destinado à saúde, o que para o autor não encontraria respaldo empírico na realidade, na medida em que essa crise existe em países que gastam mais em saúde do que o Brasil.

Uma segunda corrente, representada por aqueles que o autor caracteriza como os “racionalistas”, estabelece que a crise é determinada pela irracionalidade técnica, ou seja, formas ineficientes de alocação de recursos, ineficiência na produção de serviços e de consumo desnecessários. Assim, a proposta racionalizadora reivindica uma contenção de custos e uma eficiência alocativa, onde a distribuição de recursos busque maximizar os ganhos para a sociedade, por meio de uma agenda, que inclui medidas como: focalização, pacotes básicos de serviços, controle de incorporação de equipamentos biomédicos, mudanças nas formas de pagamento aos prestadores de serviço, organização da oferta por meio de *mix* público/privado, entre outras. MENDES

(1996) concorda com tais proposições, para o autor, é imprescindível dar maior eficiência ao sistema de saúde, e para isso, muitas medidas propostas pelos racionalistas devem ser implementadas. Entretanto, esta corrente não explicaria tudo, porque a crise não é só de racionalidade. Para este autor, uma terceira corrente que defende a tese de que a saúde passa hoje por uma crise estrutural, provocada pelo esgotamento do modelo médico hegemônico seria a mais apropriada. Segundo MENDES (1996:234): “Para que o SUS possa afirmar-se como espaço de saúde há de se reconstruí-lo em seus fundamentos medulares.” Para que isto se torne possível, propõe mudanças na própria concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária, “a vigilância da saúde”.

Por outro lado, as políticas de recursos humanos enfrentam hoje grande instabilidade decorrente de confrontos de valores que vêm se generalizando, acerca dos rumos a tomar diante das transformações recentes na esfera da gestão do trabalho.

Os resultados dessas ocorrências já fazem parte do cotidiano da gestão do trabalho no SUS, que já encontra-se de certa forma flexibilizado. OLIVEIRA JÚNIOR (1996:37) relaciona uma grande diversidade de modalidades de vínculos no setor saúde: **regime estatutário** federal, estadual e municipal; **regime celetista** estadual e municipal; **contratos temporários de trabalho**, renovados ilegalmente por anos seguidos; **comissionamento** de todos os cargos municipais da área de saúde, burlando não apenas o Regime Jurídico Único, mas também o concurso público; além do **credenciamento tradicional de médicos** para atender nos hospitais conveniados e contratados ao SUS, extensão do credenciamento aos hospitais públicos e até em ambulatórios, realizando duplo pagamento aos médicos (salário + credenciamento); **crescente terceirização dos serviços de apoio** na área de saúde; **terceirização de atividades típicas da área de saúde**, com ou sem licitação pública, através de entidades de direito público privado, incluindo as associações comunitárias, os clubes de serviço/maçonaria para gerenciar unidades públicas de saúde, contratação de cooperativas médicas por especialidades ou local de trabalho, empresas privadas de contratação de mão-de-obra etc.; **triangulação na contratação de profissionais da área de saúde**, seja através de universidades, núcleos de

ensino e pesquisa, associações comunitárias, empresas filantrópicas ou lucrativas etc.

Adicionalmente, vale ressaltar que a multiplicidade das modalidades de contratação não são inovações na área de gestão do trabalho em saúde. Desde o início da implementação do SUS, sua materialização dependeu das condições objetivas existentes em cada realidade local e de como cada esfera de gestão do sistema, respondeu aos problemas de fusão de quadros de funcionários, culturas organizacionais distintas, remuneração e regimes de trabalho diferentes para trabalhadores, exercendo uma mesma função, e a existência de normas e regulamentos específicos para servidores federais, estaduais e municipais.

O fato realmente novo é a proliferação crescente, nos últimos anos, de uma multiplicidade de modalidades de inserção e gestão dos profissionais e a identificação dessas enquanto eixos centrais de política estrutural para o setor saúde.

2.3- Gestões Flexíveis no Serviço Público de Saúde: tendências e realidades.

Para demonstrar a ampliação das novas modalidades de contratação enquanto uma tendência crescente no setor saúde podemos tomar alguns dados do estudo recente, elaborado pelo CONASEMS em 1995, sobre gastos com remuneração do trabalho em saúde no Brasil. Chama atenção a relevância do gasto com pessoal terceirizado, que já representa 10,3% do total dos gastos das Secretarias Estaduais de Saúde com RH. Em estados como o **Piauí e o Rio de Janeiro** estes chegam a mais de 1/3 dos gastos. A Tabela1, abaixo, mostra um quadro consolidado, onde verifica-se que o custo do trabalho terceirizado já ultrapassa os gastos com encargos sociais em algumas regiões do país.

TABELA 1
Projeção dos gastos Estaduais com pessoal ativo,
por tipo de gasto - Grandes Regiões, 1995

| Grandes Regiões | Execução Orçamentária | | |
|-----------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| | Pessoal próprio | Encargos Sociais | Terceirizados |
| Centro-Oeste | 471.193.559 | 104.135.002 | 83.033.522 |
| Nordeste | 442.652.545 | 37.581.163 | 55.535.181 |
| Norte | 102.704.352 | 9.753.945 | 7.267.304 |
| Sudeste | 742.822.640 | 82.369.061 | 102.194.360 |
| Sul | 222.285.884 | 7.414.443 | 9.833.836 |
| Total | 1.981.658.979 | 241.253.615 | 257.864.204 |

Fonte: Oliveira Júnior & Nicoletti (1997)

Nos recentes processos de terceirização de atividades de saúde vivenciadas por um amplo número de estados brasileiros, destacam-se como característica importante novas modalidades de incorporação e gestão do trabalho. O parecer do Subprocurador Geral da República e Procurador Federal dos Direitos dos Cidadão, Wagner Gonçalves (de 27 de maio de 1998), ao colocar o tema sobre terceirização e parcerias na saúde pública, aponta as formas de terceirização e suas características em diferentes estados. Segundo o documento (GONÇALVES, 1998:10), as diferentes terceirizações guardariam entre si alguns pontos convergentes:

- 1-“todas cedem a capacidade instalada em saúde do Estado (na totalidade ou em parte) para que um terceiro, em nome do próprio Estado, execute os serviços de saúde pública;
- 2-há cessão de prédios, móveis e equipamentos públicos;
- 3-são repassados recursos públicos próprios do Estado e/ou do Sistema Único de Saúde;
- 4-as contratações ou convênios, na maior parte, são feitos sem licitação. Em alguns casos, cooperativas de médicos foram criadas especialmente para assumir os serviços públicos de saúde (ex. Município de São Paulo e o Estado de Roraima);
- 5-em alguns casos (na maioria), o pessoal também é cedido pelo Estado, sendo nítida a intenção, como no caso da Bahia, de transferir, para as entidades conveniadas ou**

contratadas ou organizações sociais, a responsabilidade pelo pessoal;

6-em todos os contratos ou convênios conhecidos não são exigidas garantias reais ou fidejussórias para a execução dos referidos ajustes;

7-libera-se a empresa ou entidade terceirizada de realizar licitação para compra de material e execução de contratos,

8-todas alegam que o Estado terá o controle e a fiscalização, chegando um Estado (o de Tocantins) a afirmar que tem a gestão da saúde naquela Unidade Federada, tendo somente transferido a gerência de unidades hospitalares ." (grifo nosso)

No que se refere a forma de flexibilização das relações de trabalho, embora todas as experiências estejam enfatizando a **flexibilização dos custos salariais**, apresentam algumas particularidades.

O primeiro processo de terceirização da gestão de saúde no Brasil, o Plano de Atendimento à Saúde — PAS— no **Município de São Paulo**, baseou-se na associação entre a prefeitura e uma cooperativa de médicos para a operação dos serviços, onde a cooperativa participa com o trabalho de seus cooperados, todos autônomos, enquanto a Prefeitura contribuiria com as instalações e os equipamentos, além do pagamento da contribuição devida pelos beneficiários.

Com a Lei Municipal nº11.866/95 foi autorizado o afastamento dos servidores municipais que se associaram às cooperativas de trabalho, por meio de licença durante a vigência do Plano, podendo ser afastados do exercício do respectivo cargo ou função, a critério da administração, com prejuízo de vencimentos e por prazo curto, para prestar serviços às entidades do PAS. A lei estabelecia também que o afastamento poderia se dar sem prejuízo de vencimentos com o ressarcimento pela entidade à qual o servidor presta serviço.

O servidor afastado também seria obrigado a reassumir o exercício do respectivo cargo ou função em caso de demissão ou exclusão da cooperativa

de trabalho. Sendo computado também de forma integral o tempo em que o servidor estiver afastado, para efeitos de aposentadoria, disponibilidade, acesso, evolução funcional e promoção. (Lei Municipal nº 11.866/95, art. 9º,10,11 e 12)

Em **Tocantins**, a Secretaria de Saúde celebrou convênio com a Sociedade Beneficente São Camilo, especializada em administração hospitalar. Entre outras características do convênio está a cessão de pessoal técnico especializado (nível médio e superior) e pessoal administrativo para o fim específico de prestação de serviços na área de saúde do SUS, transferindo para à Sociedade Beneficente São Camilo os recursos financeiros necessários, mediante a apresentação das faturas dos serviços efetivamente prestados aos usuários do SUS. (GONÇALVES,1998:7)

Na **Bahia**, com a Lei nº7.027, de 29 janeiro de 1997, cria-se o **Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais**. Em tese, o programa é rígido no que refere-se à cessão de servidores, no entanto, estabelece dispositivo facilitando tal medida:

“(…)O Estado da Bahia veda a cessão de servidores da Administração pública direta, autárquica e fundacional, de qualquer dos Poderes, bem como de empregados das empresas públicas e sociedades de economia mista do Estado, com ou sem ônus para o órgão ou entidade de origem, para servir nas Organizações Sociais de que trata a Lei. (...) Contudo, quando fala em pessoal e recursos financeiros, prevê-se que tais organizações poderão contratar servidores do Estado ou de suas autarquias e fundações, de qualquer de seus Poderes, que estejam afastados para tratamento de interesses particulares (?). Tal dispositivo, evidencia, às claras, que servidores do Estado serão estimulados a pedir licença para tratamento de interesses particulares, sendo contratados, em seguida, pelas Organizações Sociais.”(GONÇALVES,1998:8)

Em **Roraima**, foi instituído pela Lei nº174, de 30 de junho de 1997, o **Plano de Assistência Integral à Saúde — PAIS —**, criando uma cooperativa de profissionais de saúde denominada COOPERPAI-MED para administrar, além do convênio com o Estado, movimentação de recursos financeiros e operacionalização do patrimônio alocado, além de alocação e pagamento de pessoal (GONÇALVES,1998:9).

No **Estado do Rio de Janeiro** a Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu em outubro de 1995 contrato com uma cooperativa de profissionais de saúde - Cooperativa de Atividade na Área de Saúde —COOPESAÚDE— para prestação de serviços, administração e gestão do Hospital Geral de Nova Iguaçu, também conhecido como Hospital da Posse.

No documento “Uma Proposta de Vida para o Hospital da Posse” VIEIRA JÚNIOR (1996:04) afirma que:

“Os médicos recrutados foram os próprios médicos servidores federais ou municipais que já atuam no hospital e médicos que moram e ou militam na Baixada Fluminense. Muitos passariam a ter a situação de 20h contratual na rotina, enfermaria e ambulatório e 24h pela cooperativa para atuar na emergência, UTI e maternidade.”

Ainda segundo o referido documento (VIEIRA JÚNIOR,1996:6):

“A cooperativa será organizada pelos profissionais do hospital, obedecendo a legislação específica. Composta por 214 médicos, 54 enfermeiros e 286 auxiliares de enfermagem que cumprirão horário de 24h, no caso dos médicos, e 30h, no caso da enfermagem, permitindo compatibilizar com o horário do seu contrato no caso de ser servidor público. A adesão dos profissionais à cooperativa obedeceu a critérios de necessidade de recursos humanos do hospital. A cooperativa será contratada pela Secretaria de Saúde do Estado e ficará submetida às normas e regimento do hospital. Ficará subordinada administrativamente

à direção da unidade e tecnicamente às chefias de clínica, interferindo positivamente no funcionamento do hospital como um todo, na organização dos serviços, na busca crescente de eficiência e eficácia na prestação de serviços à população.”

Mais recentemente, a SES/RJ, com a criação da Lei estadual nº 2.876, de 23 de dezembro de 1997, modificou a forma de gestão de seis hospitais públicos do Estado (Pedro II, Rocha Faria, Albert Schweitzer, Carlos Chagas, Getúlio Vargas e Azevedo Lima). Como foi publicado no Diário Oficial/RJ em 6 nov. de 1997, ano XXIII, nº209, parte I:

“Foi o Poder Executivo autorizado a mudar a forma de gestão dos hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, nos termos dos artigos 197 e 198 da Constituição Federal, sendo obrigatória, em qualquer caso, a formação de um conselho Curador, com poderes de fiscalização e controle, sendo composto de representantes do Poder Público e da Sociedade Civil”.

Pelo mesmo edital, foram relacionados os hospitais a serem terceirizados, especificando que a referida transferência teria as seguintes características, feita mediante licitação:

“regras claras quanto aos objetivos de eficiência”; criação de um Conselho Curador em cada hospital, “destinado a fiscalizar a administração terceirizada, exercendo o controle social interno no hospital, sem prejuízo da normal fiscalização desempenhada pela Administração Pública”. Fala a lei também em “empresa que for contratada” ou cooperativa que administre hospitais públicos(...)”

Em relação aos recursos humanos, para concorrer ao processo de licitação para a terceirização dos hospitais listados acima, a empresa deveria: :

“I- Apresentar à SES política de pessoal para, se aprovado, ser implantada imediatamente, destinada a suprir as necessidades dos hospitais, contemplando a inclusão, em seus quadros, do maior número possível de funcionários públicos dos

hospitais, estimulando a adesão desses funcionários ao novo sistema a ser criado pelo contrato, com, **se for o caso, o afastamento ou desligamento desses funcionários do anterior regime por eles ocupados**, devendo obrigatoriamente contemplar a assunção dos funcionários dos hospitais discriminados por unidade na proporção de 40% (quarenta por cento) consoante anexo III. (grifo nosso)

II- Apresentação da proposta de assunção do maior número, superiores ao mínimo estabelecido no subitem 18.5-I de profissionais que estiverem prestando serviços nos hospitais, descrevendo a metodologia de execução e a sua factibilidade, bem como o organograma.” (Diário Oficial/RJ em 6 nov. de 1997, ano XXIII, n°209, parte I)⁸

A atual gestão da **Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro**, também vem experimentando novas formas de incorporar e gerir o trabalho, tanto em sua **rede básica** de serviços, quanto na **rede hospitalar** (principal objeto desse trabalho). A primeira experiência acontece no Hospital Municipal Lourenço Jorge, onde foi contratado uma cooperativa de trabalho; a segunda experiência está em desenvolvimento no Hospital Municipal Salgado Filho, que passa a mobilizar de forma diferente os funcionários estatutários que lá atuam.

Para entender esse quadro de mudanças ocorridas no plano da gestão do trabalho no SUS, NOGUEIRA (1996:18) recorre ao conceito de **tensão**, que “denotaria a persistência ou pertinência de idéias força que agem em sentido contraposto e que pressupõem uma constante mediação inteligente por parte dos agentes dessas políticas,” tratando em particular com a tensão existente entre estabilidade e flexibilidade, hoje em pauta na agenda das propostas de gestão do trabalho no SUS. Segundo o autor, “a categoria tensão não implicaria em conflitos que necessariamente terão sua resolução mediante a supremacia de uma das alternativas em jogo ou por sua fusão numa terceira via” (1996:19). No entanto, sublinha que sem a possibilidade de contar com um quadro permanente de trabalhadores corre-se o risco de inviabilização de

⁸ Até o momento da pesquisa, o processo de transferência de hospitais pelo Estado já havia se efetivado, mas sendo questionada a legalidade da referida terceirização.

qualquer proposta de continuidade da organização dos serviços, além da perda da história institucional.

Desta forma, as discussões sobre tais experiências têm se configurado em um ponto de **tensão** nos debates sobre os rumos das políticas de gestão do trabalho no setor público de saúde. Especialmente no Estado do Rio de Janeiro, diferentes desenhos alternativos de gestão do trabalho disputam o cenário em busca de se tornarem modelos de eficiência, eficácia e alcance de resultados.

Capítulo 3
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1- Procedimentos Metodológicos

O objetivo central deste trabalho foi a caracterização das alternativas de incorporação e gestão do trabalho, a partir de novos cenários organizacionais implementados no interior do SUS. No contexto mais amplo, tais experiências surgem num cenário de intensos debates em torno das novas propostas da organização do trabalho e com o questionamento acerca da relação Estado-Mercado, marcados principalmente pelas propostas de revisão das funções do Estado e de medidas reformuladoras da administração pública.

Considerando-se a necessidade de tornar este trabalho exequível, bem como preocupados em compreender melhor a dinâmica dessas transformações, foram escolhidos duas experiências em instituições hospitalares do município do Rio de Janeiro: Hospital Salgado Filho e Hospital Lourenço Jorge, focalizadas a partir da gestão do trabalho médico. Tal escolha está pautada na centralidade que estes exercem nas instituições de saúde e por serem atores-chaves no processo de implementação de atuais formas de gestão de trabalho no SUS, na medida em que, de múltiplas maneiras, exigem e em certos momentos se organizam exigindo mudanças nas relações de trabalho.

O estudo, de caráter descritivo⁹ e comparativo, baseou-se na **observação comparada** de como vêm sendo formuladas e processadas as inovações de incorporação e gestão do trabalho médico nos dois hospitais estudados. Optou-se pela utilização de tal abordagem, pelo fato desta permitir, segundo BADIE & HERMET (1993:15), a elaboração de um inventário de semelhanças e diferenças comprováveis, transformando este inventário em condutor de uma explicação de processos sociais. Onde se têm suficientes pontos comuns para pertencer a mesma categoria e tornar válida a comparação e, ao mesmo tempo, se distinguirem de maneira a tornar útil a mesma.

⁹ Para YALAOUR et Al. Uma investigação descritiva é aquela que expõe e revela características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis, não tendo o compromisso de explicar os fenômenos que se descrevem. Para os autores estudos descritivos permitem uma visão panorâmica sem sacrificar a profundidade da análise.

Ao mesmo tempo que pretendeu estabelecer correlações entre os atuais projetos de gestão de recursos humanos na saúde, as tendências nas formas de incorporação e gestão do trabalho e as medidas previstas nas agendas políticas da reforma administrativa no tocante as relações laborais.

Utilizou-se também a proposta de MISHRA (1977:6), segundo a qual, para compreender adequadamente os problemas da política social e contribuir para suas soluções, é preciso identificar melhor o contexto social onde estas ocorrem, ou seja, identificar a complexidade da relação entre a política e uma realidade social determinada. Assim, a gestão municipal da saúde no Rio de Janeiro e suas experiências de gestão do trabalho tornou-se o *locus* privilegiado desse estudo.

O acompanhamento dos novos desenhos de gestão e incorporação do trabalho pela SMS privilegia a análise de indicadores que passam a constituir um novo sistema de avaliação de resultados dos hospitais do município. Este inclui, entre outros indicadores: o tempo médio de permanência (TMP), rotatividade do leito, taxa de ocupação por serviço, além dos indicadores de mortalidade institucional e número de cirurgias e consultas ambulatoriais por serviço. (anexo1)

A avaliação da satisfação da clientela também tem sido acompanhada pela SMS, através de pesquisas de opinião realizadas pelo IBOPE, junto aos hospitais municipais. Nelas são levantadas informações sobre o perfil e os índices de satisfação dos usuários em relação aos atendimentos de emergência. (anexo 2)

Nesses estudos (realizados pela SMS), que analisam as experiências implantadas nos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho, os resultados alcançados em termos de produtividade do trabalho e de satisfação dos usuários, nas duas experiências, têm superado a expectativa da gestão municipal. E a divulgação dos desses resultados tem estimulado a comparação entre as unidades hospitalares da rede municipal, reforçando uma característica comum às experiências alternativas de gestão que é a competitividade entre os atores envolvidos na gestão dessas unidades. MACHADO (1999:176)

Embora a introdução desses indicadores processo de avaliação dos serviços nos hospitais representem um avanço importante, acreditamos que essas experiências também necessitem ter observadas as alterações que se operam no plano das relações de trabalho. Assim, o estudo foi guiado por questões como: Que pactos institucionais entre os profissionais e gestores estão sendo construídos? Em que medida as inovações têm afetado a composição das equipes de saúde? Qual a expectativas dos diversos atores em relação aos dois desenhos de gestão de RH? Qual o grau de adesão dos profissionais a esses desenhos? De que forma a posição dos atores pode influenciar nos resultados dessas experiências?

Sendo assim, coube o esforço para identificar os principais fatores que contribuíram no município para o surgimento dessas experiências e que expectativas têm, e como se posicionam, os principais atores (gestores do municipais do SUS, gestor das unidades, profissionais e suas entidades representativas) nelas envolvidos.

O objetivo de compreender de que forma passam a interagir os sujeitos (no nosso caso, gestores e profissionais) sob novas formas de se incorporar e gerir o trabalho no interior dos serviços de saúde, levantou a necessidade de imersão no dinamismo próprio do cotidiano das organizações que ora passam por transformações. O plano de análise microorganizacional foi então selecionado, por permitir a identificação da estrutura e funcionamento dos serviços a partir das posições desses atores.

Dessa forma, nosso estudo de campo, realizado entre os meses de maio a dezembro de 1998, privilegiou a pesquisa qualitativa, sendo a investigação empírica baseada em entrevistas gravadas, utilizando-se um roteiro semi-estruturado. (anexo 3)

Pesquisas em fontes secundárias também tornaram-se necessárias, como documentos institucionais relativos às experiências (projetos, decretos, pareceres, termos de compromisso), dados de acompanhamento da produtividade nos hospitais, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, além de um levantamento nos periódicos e jornais da corporação médica (Jornais do CFM, os conselhos regionais de SP e RJ, AMB e do Sindicato dos Médicos do RJ — no período de Jan/1996 a dez/1998).

Definiu-se como interlocutores, um representante do quadro gestor do município (no caso o superintendente de indicadores gerenciais, por sua participação ativa no processo decisório da política de gestão hospitalar dos hospitais estudados e por ser responsável pelo acompanhamento da produção desses hospitais), além das direções dos hospitais envolvidos na pesquisa e quatro profissionais médicos em cada unidade. Prevendo-se inicialmente um total de onze entrevistas.

Com a pesquisa de campo, foi possível contatos com profissionais que ocupam funções intermediárias na gestão dos hospitais: No caso do Hospital Lourenço Jorge, foram realizados contatos com a coordenação de recursos humanos do hospital e com a coordenação administrativa da Cooperar-saúde no hospital. No Hospital Salgado Filho, foram realizados contatos com a chefia de administração, com a chefia de recursos humanos, com a chefia de epidemiologia e com funcionários do setor de pessoal do hospital.

A seleção de profissionais médicos, obedeceu ao critério de: a) pertencerem a especialidades significativas, em termos numéricos; b) de especialidades presentes nos dois hospitais estudados, e c) não pertencerem aos serviços de destaque do hospital (neurocirurgia no Salgado Filho e ortopedia no Lourenço Jorge). Respeitando tais critérios, selecionamos profissionais de especialidades distribuídas entre os vários tipos de atenção. Assim, foram escolhidas as especialidades: anestesia, cirurgia geral, clínica médica e pediatria.

O quadro das entrevistas pode ser resumido:

| |
|--|
| Gestão Municipal: - (gestor 1): Superintendência de Indicadores Gerenciais – Dr.Valmi Peçanha. |
| Hospital Lourenço Jorge: - (gestor 2) Gerência Médica - Dr. Luiza Nahmias C. da Silva - (1) Anestesista - (1) Cirurgião geral - (1) Clínico geral - (1) Pediatra |
| Hospital Salgado Filho: (gestor 3) Diretor do Hospital – Dr. Flávio Adolpho Silveira - (1) Anestesista - (1) Cirurgião geral - (1) Clínico geral - (1) Pediatra |

Com o representante da gestão municipal em nosso trabalho, tematizamos questões sobre: a) o ponto de partida do processo decisório para implementação das experiências nos hospitais; b) sobre a expectativa da gestão municipal em relação aos dois projetos; c) a forma como tem acompanhado as experiências; d) a avaliação dos resultados alcançados nos hospitais, e) sobre a possibilidade de ampliação dessas experiências na rede municipal.

Com os gerentes das unidades estudadas abordou-se questões relativas a: a) ao processo de implantação das mudanças na forma de incorporação e gestão do trabalho; b) a introdução do regime 40 horas/sem; c) o impacto da experiência frente a rede de serviços do município; d) avaliação da direção sobre os resultados alcançados; e) consequências que a experiência atual trouxe para a gestão do trabalho em termos de: controle do cumprimento da carga horária (principalmente para os médicos), absenteísmo, problemas com lotação e reposição de profissionais, e f) relação desses profissionais com os demais membros da equipe.

O conjunto de questões que envolveu as entrevistas com os profissionais médicos abordou: a) a posição desses em relação a forma de gestão adotada no hospital; b) os determinantes de suas escolhas por trabalhar na unidade; c) sua avaliação sobre as mudanças de regime de trabalho de 40 horas e no processo e

trabalho introduzidas no hospital; d) avaliação sobre as formas de vínculo e remuneração .

O tratamento do material empírico teve início com a transcrição integral das entrevistas e seleção de conteúdos específicos que serviram de base para a descrição das experiências aqui observadas. Assim, a análise das entrevistas focalizou alguns itens que compõem o centro do nosso estudo, são eles: perfil dos servidores, regime de 40 horas semanais, rodízio dos médicos entre os diferentes momentos de atenção (emergência, rotina e ambulatório), controle sobre o trabalho médico, sistema de remuneração, reposição do quadro médico e relação dos hospitais com a rede de serviços.

Capítulo 4
CONTEXTO EMPÍRICO DO ESTUDO

4.1- A Política de Recursos Humanos em Saúde no Município do Rio de Janeiro

4.1.1- Alguns Aspectos Preliminares

A política de recursos humanos do município vem evoluindo na busca de mecanismos de fixação de profissionais e de implementar formas de incorporação e gestão dos recursos humanos. São diversos os fenômenos que têm contribuído para a multiplicação de experiências de políticas de recursos humanos. Elas estão informadas por “**tensões**” trazidas pelas alterações nas relações de trabalho, bem como por mudanças preconizadas na agenda da reforma do Estado, que estabelece diferentes parâmetros para a política de recursos humanos no setor público.

Constata-se também, por parte dos gestores do município do Rio de Janeiro, a incorporação do discurso da racionalização da administração pública, da profissionalização da gestão e busca de resultados.

Alguns estudos recentes, indicados por PEREIRA (1997:82-84), ressaltam a crescente presença de administradores e políticos que buscam valorizar um melhor desempenho das políticas sociais, primando pela busca de “*inovações*” que possibilitem o exercício da *boa governança*, onde:

“Bom governo, boa empresa pública e boa administração pública significam o desenvolvimento da capacidade administrativa no sentido de melhorar tanto o desempenho público e a qualidade dos serviços dirigidos às necessidades públicas, como a satisfação dos consumidores.”

Assim, um dos fatores que atualmente têm contribuído para adoção de outros desenhos institucionais de gestão do trabalho no setor saúde do município, tende também para uma atuação “responsiva” que para PRZEWORSKY (1995:26) seria um modo de governar mais sensível a

pressões externas. Com essas iniciativas, a gestão municipal da saúde responderia à demanda por maior acesso aos serviços, dificultado pela falta de profissionais médicos de múltiplas especialidades, e que ocorrem de forma mais acentuada em determinadas unidades e serviços da rede. Por outro lado, a boa *performance* dessas inovações, corresponderiam a necessidade dos que hoje controlam a administração pública de uma posição privilegiada no mercado eleitoral.

4.1.2- Características da Atual Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde.

A Lei Orgânica do município do Rio de Janeiro, em seu artigo 181, consagra o preceito da valorização do servidor público, que compreenderia a garantia de plano de carreiras, cargos e salários, capacitação e reciclagem profissionais e a oferta de condições adequadas de trabalho.

Mesmo oferecendo salários melhores daqueles praticados por outras esferas públicas na área de saúde, e para algumas funções de níveis de escolaridade de 1º e 2º graus remunerar com valores acima do mercado de trabalho, a remuneração média dos servidores municipais do setor saúde ainda esta aquém de um valor que contemple a plena valorização profissional. Assim, no setor saúde, a baixa remuneração tem se constituído a principal causa de evasão e de dificuldade de lotação de profissionais em unidades localizadas em regiões carentes e de difícil acesso geográfico, especialmente da categoria médica.

Num contexto de limitações político-institucionais, a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro se vê impossibilitada de oferecer uma política salarial adequada aos reclames do seu quadro de pessoal. Os motivos são vários, destacamos alguns. Primeiro dado o elevado contingente de profissionais na rede municipal (17.540¹⁰), qualquer aumento salarial representaria ônus muito elevado para os cofres públicos. Outro fato limitante está contido na Lei Complementar Federal

¹⁰ Deste total, 37% são servidores de nível superior, 21% de nível médio —1º e 2º graus— e 17% de nível elementar. As maiores categorias são as de médico(3.669 profissionais), auxiliar de enfermagem (3.114) enfermeiros (1.214 profissionais). Dados divulgados pela SMS/RJ - Internet.

nº82, de março/95, limitando as despesas com pessoal no máximo de 60% da receita. Dessa forma, a SMS implementa um conjunto de medidas, que procuram ao mesmo tempo, responder às reivindicações salariais dos servidores e desenvolver experiências na busca de modelos alternativos de gestão de recursos humanos.

Diferentes estratégias têm sido adotadas. A primeira delas, flexibiliza parte da remuneração dos servidores por meio de um **Sistema de Gratificação por Empenho e Produtividade**. Este incentivo, distribuído de forma focalizada (somente para os servidores estatutários da rede), possibilita um adicional aos salários (com valores iguais para todos os servidores da mesma unidade), o qual pode variar¹¹ de acordo com o cumprimento de certas metas de desempenho, medidas para cada unidade. É importante pontuar que a seleção de indicadores para o acompanhamento da produtividade, assim como os critérios de pontuação, foram estabelecidos em acordos realizados entre a SMS e as direções dos hospitais. (anexo 4)

No entanto, apesar da sua importância como instrumento de fixação dos profissionais na rede, tal sistema de gratificação apresenta falhas, enquanto um sistema de incentivos. Este, não cumpre alguns passos fundamentais para o êxito de programas de melhoria de produtividade, que é ter um ponto central de acompanhamento que, ao mesmo tempo, assuma a função de estimular, institucionalizar e facilitar o aumento da produtividade, acompanhando os resultados e difundindo-os para o conjunto dos servidores. Desta forma, os servidores sem acesso aos dados sobre os quais são calculados os valores adicionais de produtividade, o identificam apenas como uma concessão da secretaria, que oscila de acordo com as reservas de caixa ou com “vontade” desta.

Outra iniciativa que vem favorecendo a fixação dos profissionais no município é o programa de crédito à compra de casa própria, que teve início em 1995 e é implementado pelo Instituto de Previdência do Município do Rio de

¹¹ No caso dos hospitais, os valores variam entre R\$148,38 e R\$450,00.

Janeiro junto a Secretaria Municipal de Habitação, e que até janeiro de 1999 concedeu carta de crédito imobiliário a 10.000 servidores do município.¹²

Buscando novos modelos de gestão de seus recursos humanos, a SMS também implementa na rede básica a estratégia de triangulação na contratação de serviços. Por meio de convênios realizados com associações de moradores, repassa verbas para que estas efetuem a contratação e o pagamento de pessoal. Esta triangulação vem sendo desenvolvida em seis postos de saúde na favela da Maré e no Programa de Saúde da Família, no módulo de Paquetá. Mais recentemente, ainda para a rede básica, a forma de contratação por cooperativa passou a ser adotada para repor profissionais, em postos localizados na Zona Oeste da cidade, onde o índice de evasão de profissionais é muito alto.

Para os gestores do SUS no município, longe de ser ideal, por apresentar falhas em relação a uma definição de políticas de recursos humanos, a experiência da Cooperativa do Hospital Lourenço Jorge tem possibilitado o acesso, oferecido serviços de qualidade e atendido em média 17 mil pacientes/mês¹³, diminuindo a demanda de outros hospitais da rede municipal. Inova também a organização do trabalho ao incorporar por meio do trabalho cooperativado, profissionais que passaram a ser contratados em regime de 40 horas semanais, dedicando-se a diferentes setores do serviço: emergência, enfermagem e ambulatório, dentro de uma escala de horários previamente estabelecida, na tentativa de resolver um dos nós críticos da gestão das unidades, que é não ter profissionais lotados em todos os plantões.

A segunda proposta de gestão do trabalho no Hospital Salgado Filho, encaminhada pela SMS, é a adoção da jornada de trabalho de 40 horas

semanais para o pessoal estatutário, equiparando seus salários aos da cooperativa por meio de incentivo, e utilizando igualmente as alterações na organização do trabalho, implementadas no Hospital Lourenço Jorge. De acordo com o Decreto nº15.438, que instituiu o projeto, “espera-se um acréscimo da produção de serviços oferecidos à população e, conseqüentemente, redução das necessidades de servidores.”

¹² PREV-RIO— Instituto de Previdência do Município do Rio — Manual da Nova Carta de Crédito Imobiliário.

¹³ Jornal do Brasil, Editoria: Barra da Tijuca, pag. 55, 1ºed.,21/11/96.

4.2- Caracterização dos Hospitais

4.2.1- Hospital Municipal Lourenço Jorge

O antigo Hospital Municipal Lourenço Jorge, hoje chamado de Lourencinho, funcionava em outro terreno, também na Barra (no entanto, com capacidade instalada inferior ao atual, funcionava como um posto médico). A ampliação do volume de acidentes de trânsito na região e a deficiência na área de atendimento de emergência, incentivou a prefeitura à construção de um novo hospital na área com este tipo de atendimento, contribuindo também para a redução da demanda de emergência das demais unidades hospitalares da rede.

Funcionando desde fevereiro de 1996, o novo Hospital Municipal Lourenço Jorge, primeiro hospital público inaugurado na cidade do Rio de Janeiro nos últimos 30 anos, está localizado na Avenida Ayrton Senna, na Barra da Tijuca, pertencendo à Área Programática (AP4) da Secretaria Municipal de Saúde, que inclui os bairros: Barra da Tijuca, Recreio dos Bandeirantes, Jacarepaguá e Cidade de Deus, com uma população estimada em 542.125 habitantes. Vale destacar que a AP4 possui taxa de crescimento populacional que gira em torno de 8% ao ano, enquanto a taxa de crescimento médio da população do município do Rio de Janeiro gira em torno de 2,5% ao ano. Atrai também um grande volume de população flutuante, possibilitado pela ampliação de vias de acesso ao bairro e pelo crescimento do comércio e de estabelecimentos de lazer. Sua localização privilegiada é um forte componente de atração dos profissionais médicos, por ser o bairro da Barra da Tijuca de grande expansão imobiliária e por dispor de um crescente número de centros de consultórios médicos, ou seja, um mercado de trabalho médico emergente.

Estrutura Física

O Hospital possui 10.700 metros quadrados de área construída em um terreno de 32.500 metros quadrados, tendo sido construído de forma modular e horizontal. Mantém uma área verde no seu interior, que pode ser vista dos quartos e enfermarias, devido ao uso de paredes de vidro. Destaca-se também a utilização da cromoterapia na escolha das cores que compõem os diferentes setores do hospital, a planta que favorece a entrada da luz solar nos corredores e a boa

refrigeração em todos os espaços internos do hospital, tornando o ambiente particularmente confortável, tanto para pacientes como para os profissionais.¹⁴

Capacidade Instalada

O Hospital Lourenço Jorge dispõe atualmente de 147 leitos, 19 consultórios médicos, oferecendo serviços de emergência (dividida em dois setores: pequenas emergências e grande emergência), ambulatório e internação. O hospital dispõe das especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, pediatria e psiquiatria.

Estrutura Ocupacional

Trabalham no hospital 871 funcionários (cerca de 5.9 profissionais/leito), e deste total 571 são lotados pela cooperativa de trabalho COOPERAR SAÚDE. Também é grande a participação, na composição da estrutura ocupacional, de quadros contratados por firmas de terceirização de mão-de-obra. Atualmente, 13 firmas diferentes fornecem 344 contratados, principalmente para os serviços de limpeza, alimentação, segurança, informática, laboratório, entre outros. O conjunto de recursos humanos envolvidos no cotidiano do hospital pode ser observado na Tabela 2 :

TABELA 2
Quantitativo de trabalhadores por vinculação– consolidado
Hospital Lourenço Jorge

| Vínculos | Total | % |
|--------------------|--------------|------------|
| Estatutários | 300 | 24,7 |
| Cooperativa | 571 | 47,0 |
| Terceirizados | 344 | 28,3 |
| TOTAL GERAL | 1215 | 100 |

Fonte: Seção de pessoal do HMLJ, fevereiro, 1999.

Analisando o quadro de funcionários do hospital (871 funcionários), verifica-se o maior número de profissionais cooperativados (65.5%) em relação ao conjunto dos servidores estatutários, cabendo ressaltar que essa diferença tende a aumentar, já que a proposta para o Hospital Lourenço Jorge é que todas as substituições (com exceção dos cargos de chefia), sejam feitas por funcionários cooperativados (Tabela 3).

TABELA 3

¹⁴ A construção custou para a Prefeitura cerca de R\$22 milhões, sendo R\$ 18,3 milhões gastos com a construção do prédio e outros R\$ 3,5 milhões com material, equipamentos e instalações. Jornal do Brasil, Editoria: Barra da Tijuca, pag. 55, 1ºed.,21/11/96.

**Distribuição dos funcionários segundo categoria e nível de escolaridade
por tipo de vínculo – Hospital Lourenço Jorge**

| CATEGORIAS POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE | Nºde Estatutários | Nºde Cooperativados | Total de funcionários | % de cooperativados |
|---|--------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Nível Superior | | | | |
| Médico | 60 | 129 | 189 | 68.3 |
| Enfermeiro | 15 | 73 | 88 | 82.9 |
| Outros | 74 | 10 | 84 | 11.9 |
| Subtotal | 149 | 212 | 361 | 58.7 |
| 2ºGrau | | | | |
| Ag. Documentação Méd. | - | 19 | 19 | 100.0 |
| Ag. Oper. Serv. de Saúde | - | 35 | 35 | 100.0 |
| Aux. de Enfermagem | 25 | - | 25 | - |
| Téc. De Enfermagem | 01 | - | 01 | - |
| Téc. Laboratório | 23 | - | 23 | - |
| Téc. Operador de Raio X | 29 | - | 29 | - |
| Outros | 05 | 03 | 08 | 37.5 |
| Subtotal | 83 | 57 | 140 | 41.0 |
| 1ºGrau | | | | |
| Aux. de Enfermagem | 22 | 252 | 274 | 92.0 |
| Aux. Oper. de Saúde | - | 48 | 48 | 100.0 |
| Outros | 13 | 02 | 15 | 13.3 |
| Subtotal | 35 | 302 | 337 | 89.6 |
| Nível Elementar | | | | |
| Ag. de Portaria | 13 | - | 13 | - |
| Outros | 21 | - | 21 | - |
| Subtotal | 34 | - | 34 | - |
| TOTAL GERAL | 301 | 571 | 872 | 65.5 |

Fonte: Seção de Pessoal do HMLJ, fevereiro, 1999.

Observando-se o quadro consolidado da estrutura ocupacional distribuído por nível de escolaridade, verifica-se um predomínio de profissionais de nível superior (Tabela 4):

TABELA 4
Distribuição dos Funcionários por Nível de Escolaridade
Hospital Lourenço Jorge

| Nível de Escolaridade | Total de Funcionários | % de Funcionários |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Superior | 361 | 41.4 |
| Médio 2º Grau | 139 | 15.9 |
| Médio 1º Grau | 337 | 38.7 |
| Elementar | 34 | 3.9 |
| TOTAL | 871 | 100 |

Fonte: Seção de Pessoal do HMLJ, fevereiro, 1999.

Pelo que podemos observar na Tabela 5, do contingente médico lotado no hospital, cerca de 189 profissionais, destaca-se o predomínio de profissionais cooperativados em quase todas as especialidades, a exceção das especialidades clínica médica e saúde pública.

TABELA 5
Distribuição de médicos por especialidade e tipo de vínculo
Hospital Lourenço Jorge

| Especialidade | Nº de Estatutários | Nº de Cooperativados | Total | % de Cooperativados |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------|----------------------------|
| Anatomia Patológica | 01 | 02 | 03 | 66.6 |
| Anestesiologia | 02 | 13 | 15 | 86.7 |
| Cirurgia Geral | 08 | 15 | 23 | 65.2 |
| Cirurgia Plástica | 01 | - | 01 | - |
| Clínica Médica | 23 | 23 | 46 | 50.0 |
| Ginecologia | 01 | - | 01 | - |
| Hemoterapia | - | 01 | 01 | 100.0 |
| Intensivista | - | 17 | 17 | 100.0 |
| Ortopedia | 05 | 21 | 26 | 80.8 |
| Patologia Clínica | - | 02 | 02 | 100.0 |
| Pediatria | 14 | 19 | 33 | 57.6 |
| Psiquiatria | 01 | 04 | 05 | 80.0 |
| Radiologia | 02 | 10 | 12 | 83.3 |
| Saúde Pública | 02 | 02 | 04 | 50.0 |
| TOTAL | 60 | 129 | 189 | 68.3 |

Fonte: Seção de Pessoal do HMLJ, fevereiro, 1999.

4.2.2- Hospital Municipal Salgado Filho

O Hospital Municipal Salgado Filho é um hospital geral, considerado um dos três maiores hospitais de emergência da cidade. Funcionando a 78 anos no bairro do Méier, na Zona Norte da cidade, faz parte da área programática AP3.2 da Secretaria Municipal de Saúde, com uma população estimada em 586.643 habitantes.

Estrutura Física

Possui 13.000 metros quadrados de área construída, dividido em dois blocos, com sete pavimentos. Para a implementação do “projeto alternativo” foram realizadas reformas que permitiram ao hospital “concorrer” com a experiência do Hospital da Barra, o Hospital Lourenço Jorge.

Capacidade instalada

O hospital dispõe atualmente de 280 leitos de internação, 40 salas de ambulatorios, 8 salas de cirurgias, 16 leitos para tratamento intensivo, centro de imagem, oferecendo serviços de emergência, ambulatório e internação. O hospital dispõe de atendimento em clínica médica, cirurgia vascular, ginecologia, otorrino, proctologia, urologia, neurocirurgia, ortopedia, bucomaxilo e odontologia.

Estrutura Ocupacional

O quadro atual do Hospital Salgado Filho conta, segundo dados de outubro/98, com 1.394 servidores, o que corresponderia a 5.0 profissionais/leitos. O consolidado do quadro de servidores, distribuídos por nível de escolaridade, aponta para o predomínio do número de servidores de nível médio de 1º grau. É o que podemos verificar na Tabela 6:

TABELA 6
Distribuição dos Funcionários por Nível de Escolaridade
Hospital Salgado Filho

| Nível funcional | Servidores | % de servidores |
|-----------------|-------------|-----------------|
| Superior | 415 | 29.7 |
| Médio/2º grau | 131 | 9.4 |
| Médio/1º grau | 663 | 47.6 |
| Elementar | 185 | 13.3 |
| Total | 1394 | 100 |

Fonte: Departamento Pessoal/ HMSF, outubro, 1998.

Depois do remanejamento dos profissionais que não optaram por permanecer no hospital sob regime de 40 horas, o corpo clínico do hospital ficou distribuído da seguinte forma (Tabela 7):

TABELA 7
Distribuição de Médicos Por Especialidades
Hospital Salgado Filho

| ESPECIALIDADE | Nº de Profissionais |
|----------------------|---------------------|
| Anatomia Patológica | 03 |
| Anestesia | 24 |
| Cardiologia | 20 |
| Cirurgia Vasculard | 12 |
| Cirurgia Geral | 23 |
| Clínica Médica | 51 |
| Ginec. E Obstetrícia | 01 |
| Intensivista Adulto | 11 |
| Medicina Física | 01 |
| Medicina Nuclear | 01 |
| Neurocirurgia | 15 |
| Obstetrícia | 03 |
| Ortopedia | 14 |
| Otorrino | 07 |
| Patologia Clínica | 04 |
| Pediatria | 35 |
| Radiologia | 15 |
| Saúde Pública | 01 |
| Tocoginecologia | 04 |
| TOTAL GERAL | 245 |

Fonte: Departamento Pessoal/ HMSF, outubro, 1998.

Capítulo 5
As Experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e
Salgado Filho

5.1- Implantação da Cooperativa no Hospital Lourenço Jorge

Como uma estratégia para enfrentar o desemprego gerado pela Revolução Industrial em curso na Europa, a proposta de organização do trabalho em regime de cooperativa, surgiu em 1843 na Inglaterra, na cidade de Rochdale, onde o tear industrial desempregava antigos tecelões.

Um grupo de tecelões socialistas cria a primeira cooperativa, com o nome de Sociedades dos Probos Pioneiros de Rochdale, organizada para fundar um armazém cooperativo. Desde então, o cooperativismo expandiu-se por toda a Europa, em todos os setores das atividades econômicas, social e financeira, passando a ser identificado como uma solução significativa para a questão do desemprego, sobretudo para os trabalhadores mais frágeis.

Para o atual presidente da Aliança Cooperativista Internacional (entidade que existe há 104 anos e 850 milhões de associados), Roberto Rodrigues¹⁵, a doutrina cooperativista, que se desenvolveu tanto nos países capitalistas quanto nos socialistas, chegou a ser apontada como uma terceira via para o desenvolvimento social, por conservar a idéia do lucro e da propriedade privada do capitalismo, e a solidariedade e sentido de justiça social do sistema socialista. Se fortalecendo, portanto, como uma reação ao processo de concentração do capital.

Com a atual onda mundial de desemprego, o cooperativismo ainda se coloca enquanto uma resposta para a geração de emprego e renda para muitos. No entanto, mais recentemente, os fenômenos da globalização e a crise dos países socialistas, trouxeram para o movimento cooperativista uma segunda fase de operacionalização, onde, segundo Roberto Rodrigues: “estamos reconstruindo o cooperativismo dentro de novos parâmetros – os parâmetros do mercado. (...) Esta dado que as cooperativas têm que se colocar nesse contexto de forma competitiva. Portanto, as cooperativas têm que ser empresas competitivas, profissionais e eficientes.”

¹⁵ Jornal do Brasil, Empregos e Educação para o Trabalho, entrevista com Roberto Rodrigues - O Novo Cooperativismo, 11/04/99.

Por outro lado, a forma de operar das novas cooperativas hoje, mais próxima da forma de operar de uma empresa privada, tem feito com que, segundo Roberto Rodrigues, alguns se “utilizem da forma cooperativada para explorar o trabalho e o trabalhador”. O grande desafio atual para a modalidade de organização do trabalho por cooperativa, passa a ser então a incorporação por parte de seus membros, de uma cultura cooperativista. Sem uma educação cooperativista, princípios como os de: gestão democrática pelos membros, participação econômica, autonomia e independência, intercooperação e interesse pela comunidade, redefinidos em 1995, não se tornam possíveis de ser implementados. Nas palavras do atual presidente da Aliança Cooperativa Internacional, sobre a necessidade de uma educação cooperativista:

“Sem ela não se chega a Ter um sentimento de pertencimento , porque ela (coopertiva) depende de uma atitude participativa. Todos têm que se sentir participantes e a cabeça jamais pode se afastar do corpo. (...) Por isso o cooperativismo é forte nos países de maior índice de escolaridade e de cultura. (...) É preciso mais do que educação formal e técnica, precisamos Ter uma base doutrinária de cidadania.(...)”

Cooperativa de Profissionais de Saúde

A representação cooperativismo brasileiro está centralizada na Organização das Cooperativas Brasileiras — OCB —, desde 1972, com sede em Brasília. Além do órgão nacional, as cooperativas estão filiadas as suas regionais, Organização das Cooperativas Estaduais — OCE(s). E estão divididas em quatro categorias: de consumo, de produção, de crédito e de trabalho. ¹⁶

¹⁶ De consumo – podem ser fechadas, admitindo pessoas de uma mesma empresa, sindicato ou profissão. As abertas aceitam qualquer tipo de consumidor; de produção – são as cooperativas agropecuárias, se dividem pelo tipo de produto, podem ser de assistência técnica, armazenamento, industrialização e comercialização; de crédito – podem ser de crédito rural ou de crédito urbano e mútuo, abertas à comunidade e de responsabilidade limitada; e as cooperativas de trabalho – organizadas por pessoas de uma mesma ocupação profissional, a primeira no país foi a Cooperativa de Trabalho dos Carregadores e Transportadores de bagagens do Porto de Santos.

Segundo a OCB, diferente de outro tipo de empresa, uma cooperativa não tem objetivo de lucro, conforme preceitua o Artigo 3º da Lei 5.764 de 16 de dezembro de 1971, que diz:

“Celebram contrato de Sociedade Cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens e serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro.”

Sendo assim, é uma empresa da qual são donos os seus associados. Nela não há qualquer figura da CLT, isto é, quando o associado recebe o valor de sua **produção mensal**, não tem nenhum dos descontos criados pelo governo para os que trabalham como empregados. E sendo um dos donos da cooperativa, é ela, cooperativa, que trabalha para ele, viabilizando contratos em que o cooperado atua.

Todos os associados têm participação garantida com direito a voto, e participa, tanto para eleição do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal, como na tomada de decisões em Assembléia Geral (órgão máximo e soberano da cooperativa).

Uma cooperativa sobrevive e se mantém, inicialmente, com os recursos oriundos dos seus cooperados, através de uma taxa de administração. É com o montante dessa taxa que os seus dirigentes pagam as despesas relacionadas à sobrevivência da cooperativa, como aluguel de sede, pessoal, material de escritório, material de limpeza, luz, telefone.

Caso a contribuição dada pelo associado não seja suficiente para cobrir as despesas, a diretoria ou conselho de administração pode solicitar aos seus associados uma ajuda extra. Em caso de excedentes (mais receitas que despesas), é convocada uma assembléia geral onde o destino desses recursos são definidos pelos cooperativados.

Seguindo orientações dos órgãos de assessoria jurídica da OCB e as regionais, as cooperativas de trabalho adotam termos próprios para designar as relações de trabalho, cabendo à direção de cada uma o empenho em demonstrar

a não existência de quaisquer indícios que caracterizem a existência de vínculo trabalhista entre a cooperativa e seus associados. Assim, termos como salário e carga horária são substituídos por produção cooperativista, férias (caso existam descontos por meio de conta própria para este fim) são denominadas Fundo Anual de Descanso — FAD, seleção e recrutamento por adesão, 13ºsalário por gratificação natalina e FGTS, por Fundo de Apoio ao Cooperante — FAC.

A **COOPERAR SAÚDE** — Cooperativa de Prestação de Serviços de Saúde - caracteriza-se por ser uma **cooperativa de trabalho**. Fundada em 28 de outubro de 1995, de acordo com a Lei 5.764/71, que permite a congregação de profissionais de um setor em cooperativas, cuja contratação desobriga às empresas contratantes o pagamento de vários encargos sociais e obrigações trabalhistas. Assim, os profissionais cooperativados não contam com as remunerações de férias, 13º salário, licença devido a doenças e gravidez.

O primeiro contrato da COOPERAR-SAÚDE foi com o Hospital Municipal Lourenço Jorge, em fevereiro de 1996, quando ganhou licitação pública. Hoje, presta serviços a outras empresas: Vida UTI Móvel, TELERJ, American Bank Note Company, APS/UNIBANCO (RJ, SP, BH, PA), Hospital São Lourenço (Bangu), Hospital Santa Mônica (Petrópolis), à Secretaria de Saúde de Duque de Caxias (Hospital, Maternidade, CRAIS e PMS 24h) e Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Hospital Central da Polícia Militar, Linha Amarela S/A, Coca-cola, TIJUMED Serviços Médicos Ltda, IASERJ, Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião, Instituto Brasileiro de Cardiologia e Atendo Medical Service¹⁷. Vale ressaltar que a natureza do serviço a ser prestado, a quantidade e o tipo de profissionais que a cooperativa deverá alocar, irão variar de acordo com o contrato junto a unidade pagadora.

¹⁷ Cooperar Saúde Informes — nov. 98 — divulgação interna.

A COOPERAR-SAÚDE, para poder funcionar, conta com os seguintes instrumentos jurídicos: a) **Lei 5.764**, de 16 de dezembro de 1971, que regula o funcionamento de todas as cooperativas no país; b) **Estatuto Social**, que é feito com base na lei supra e que contempla, em linhas gerais, as regras que o grupo de cooperativados deverão seguir. Inicialmente, o estatuto social é aprovado, na assembléia de fundação da cooperativa. Mudanças no estatuto deverão ser feitas nas assembléias gerais extraordinárias; c) **Regimento Interno**, que operacionaliza o conteúdo do Estatuto Social. Não se pode alterar o disposto nos documentos anteriores e para ter força legal deve ser aprovado em assembléia geral. No regimento, estão discriminadas medidas sobre: disciplina, direitos, deveres, responsabilidade, horários a serem cumpridos, remuneração e atribuições dos diretores, e d) **Atos Normativos**, que são promulgados pela diretoria da cooperativa *ad referendum* da assembléia geral.

A Estrutura administrativa da COOPERAR-SAÚDE possui três órgãos. O **Conselho de Administração**, que administra a Cooperativa, composto de Presidente e Diretores Administrativos, Financeiros e Comercial; O **Conselho Fiscal**, que fiscaliza a administração da sociedade, e a **Comissão de Ética e Disciplina**, que zela pelas relações dos cooperativados entre si e pela conduta ético-profissional dos cooperativados com os clientes.

Mais recentemente, em outubro de 1998, foram criados mais dois órgãos. A **Comissão de Regulamentação do Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social do Cooperado — FATES—** que tem a finalidade de custear a formação de pessoal, treinamento e cursos de especialização para os cooperados, além da educação de seus dependentes e a **Comissão de Regulamentação do Fundo de Apoio ao Cooperado — FAC—** voltada para o pagamento de benefícios por morte, acidente, situações emergenciais, além de férias e 13º salário. Vale destacar que estes fundos ainda não estão em funcionamento no Hospital Lourenço Jorge.

Segundo gestores municipais de saúde, a opção pela incorporação de profissionais por meio de cooperativa foi resultante das dificuldades de preenchimento do quadro do novo hospital que contava com 180 funcionários, sendo 96 médicos, quando a previsão para a nova instalação do hospital era de

700 funcionários, num momento político identificado como estratégico para se inaugurar um hospital na região.

“(…) Com a construção de um novo hospital, chegou-se o problema de insuficiência de recursos humanos para se colocar lá, e houve uma pressa para se inaugurar esse hospital, talvez o motivo maior tenha sido por isso. Houve uma pressa por questões políticas de fazer a inauguração do hospital(…)
(gestor 2)

Era preciso preencher o quadro de pessoal, levando-se em conta as necessidades e objetivos do hospital. Assim, procedeu-se a uma série de ações administrativas para se chegar ao contingente de profissionais necessário à nova estrutura.

Numa primeira etapa, foi realizada consulta aos profissionais que trabalhavam no antigo hospital, sobre o novo perfil do hospital e a proposta de funcionamento, dentro de um rodízio de profissionais entre os setores de enfermagem, emergência e ambulatório, dando-se a opção de transferência para outras unidades da rede, para aqueles que não se adaptassem à nova organização do trabalho do hospital. Dessa forma, o quadro de pessoal ficou reduzido a 138 funcionários. Em seguida, foi realizado um levantamento das diferentes categorias no banco de candidatos aprovados em concursos realizados anteriormente. Mesmo assim, os candidatos aprovados foram insuficientes para preencher as necessidades dos serviços do hospital. Como relata a gestão:

“(…) Para inaugurar, fizemos um levantamento do banco de concursos e fizemos um levantamento do número de funcionários do antigo Hospital Lourenço Jorge. (...) Para inaugurar como um todo, aconteceram algumas propostas: primeiro, inaugurar só o ambulatório, terceirizar alguns serviços tipo nutrição, vigilância, estender para o hospital contratos de terceirização que já existiam no município para todos os hospitais, terceirizar o laboratório, terceirizar leitos de CTI. Depois de algumas discussões, foi resolvido terceirizar profissionais, para completar o quadro.” (gestor 2)

Ao mesmo tempo, para a Secretaria Municipal de Saúde, essa forma de incorporar e gerir o trabalho seria uma alternativa para a manutenção de serviços por representar uma forma mais ágil de contratar e repor profissionais. É o que expressa o discurso do Secretário Municipal de Saúde sobre as experiências de gestão nos hospitais municipais:

“(…) Entendendo as organizações de saúde como uma organização complexa, tipicamente de conformação profissional, tais experiências representariam a concepção de estruturas mais flexíveis, que dêem mais autonomia aos

profissionais, estimulando sua criatividade, buscando uma cooperação dos profissionais no processo gerencial e compartilhando com eles a construção dos objetivos institucionais. Representando, assim, um movimento em direção à racionalização e à eficiência dos recursos humanos.” (Relatório do XII encontro de Secretários de Saúde – 1996)

Assim, ao mesmo tempo em que se buscou responder a demanda por profissionais, a forma elaborada para o funcionamento de um novo hospital favoreceu a adoção de alternativas a um modelo de gestão do trabalho, identificado como insuficiente para responder aos problemas salariais de cumprimento de carga horária e de produtividade. É o que sublinha o gestor:

“(...) quando surgiu a necessidade premente de inaugurar o Hospital Lourenço Jorge na Barra, em fevereiro de 97, o Prefeito na época tinha determinado a aceleração das obras, o hospital estava inacabado quando ele assumiu. Então, a coisa foi toda feita com o planejamento de equipar com o que havia de mais moderno, e que mobilizasse de outra forma os recursos humanos ali lotados, exatamente para romper com um modelo de gestão já esgotado (...)” (gestor 1)

A decisão pela imediata inauguração do hospital fez com que a Secretaria Municipal de Saúde contratasse em regime emergencial (período de seis meses,) a COOPERAR-SAÚDE, cooperativa de profissionais. Após tal período, foi realizado um processo de licitação com a participação de outras concorrentes. Mas é a própria COOPERAR-SAÚDE que vence a licitação e assume o contrato com a SMS por período de um ano, com possibilidade de prorrogação.

Uma observação importante a respeito do processo de licitação é que, nesse momento, grande parte do corpo clínico esteve na lista do quadro ocupacional de mais de um cooperativa concorrente, e isto por indicação das chefias do hospital que encaminhavam os profissionais às várias concorrentes da licitação.

A implantação da cooperativa no Hospital Lourenço Jorge gerou resistências de diferentes atores sociais, sendo muitas vezes identificada como uma “anti-política” ao SUS, por estabelecer relações trabalhistas precárias e não prever mecanismos de controle social. Grupos profissionais (principalmente instituições representativas das categorias médica e enfermagem) questionaram as experiências de cooperativa do trabalho na saúde nas esferas estaduais e municipais.

Um exemplo do que falamos acima, são as manifestações de protesto, queixas e documentos públicos nas últimas conferências municipal e estadual de saúde, apresentados pelas entidades de classe. Médicos e enfermeiros se mostraram contrários à essas iniciativas de incorporação de trabalho médico e de enfermagem.

O Sindicato dos Médicos no Rio de Janeiro — SINMED— em documento apresentado à Procuradoria Geral da Justiça do Rio de Janeiro, em 8 de março de 1996, pediu medidas contra o funcionamento de cooperativas no Rio por entender que esta modalidade de contratação e gestão do trabalho seriam ilegais juridicamente, por ferir os artigos: 3º,4º,7º,79,92,103 (anexo 5) da lei 5.764/71, que estabelece a organização das cooperativas.

Em carta aberta aos médicos, o SINMED manifestou sua discordância. Afirma o documento ser contrário porque: Primeiro, “por desrespeito a preceitos constitucionais e legais sobre o SUS. Segundo, infringência a licitações: proibição de o Poder Público contratar pessoa jurídica da qual faça parte servidor público. Concessão de uso de bem público sem licitação e sem contrato específico. Terceiro, desrespeito ao preceito constitucional que veda a interferência do Poder Público no funcionamento das cooperativas. Quarto, desrespeito à Lei das Cooperativas. Quinto, dispensa de licitação por emergência (...). Sexto, terceirização de atividades-fim da Administração Pública, que é vedada por Lei. Sétimo, violação aos princípios da isonomia salarial e ao concurso público. E por fim, afastamento de servidores do Serviço Público, com graves ônus para a Administração Pública, em médio e longo prazos.” (SINMED, 1996a)

Afirma ainda este documento: “O SINMED, também, não admite que as autoridades estaduais e municipais imponham — como vêm fazendo — o falso dilema ‘ou se descumpra a Lei ou se paralisam os serviços de saúde’ para justificar as numerosas infrações à legislação de saúde e às normas constitucionais, reguladoras da Administração Pública (...)” (SINMED ,1996a)

É igualmente importante pontuar que, segundo a Constituição Federal, em seu artigo 5º, XVIII, é ilegítimo a interferência do poder público na formação e funcionamento de cooperativas, assim estabelece o texto constitucional:

“A criação de associações e, na forma de lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento.” (art. 5º, XVIII, CF)

Desta forma, as experiências de cooperatização do trabalho nos hospitais públicos representariam, para esta entidade sindical, um “paradoxo grotesco”, já que esta permite aos servidores públicos participarem como cooperados ou ocupar cargos de confiança no hospital. Assim: “jamais questionariam a interferência do Poder Público em nome de sua própria sobrevivência”. (SINMED,1996b:31). Por outro lado, “deixando de receber recursos públicos ela não subsistiria, o que reforça a presença de interesse do Poder Público em contratá-la.” (SINMED, 1996b:31)

Outras questões em relação à proposta de cooperatização foram apontadas pelo Ministério Público do Trabalho, no que se refere aos critérios de definição de uma **cooperativa de trabalho**. Segundo documento da Procuradoria Regional do Trabalho da 15º Região (1997:3), uma cooperativa de trabalho é fraudulenta toda vez que oferecer a terceiros mão-de-obra subordinada. Para ser uma cooperativa de trabalho deverá se basear em **igualdade de atividade**, o que significaria identidade profissional ou econômica entre todos os membros da cooperativa.

Enfatiza o documento (1997:3) “quando existe multiplicidade de profissões nos quadros da cooperativa, ela é, com certeza, fraudulenta”. Desta forma, todos os membros devem pertencer a uma mesma categoria profissional (médicos cooperando com médicos, engenheiros com engenheiros), ou por identidade econômica (agricultores cooperando com agricultores, industriais com industriais).

A Procuradoria Regional do Trabalho da 15º Região também salienta a necessidade de **igualdade social** entre cooperados, “que decorreria da natureza do trabalho e se espelharia na forma pela qual esse trabalho seja desenvolvido”. Relações de subordinação no trabalho são identificadas como um impedimento a igualdade social entre os cooperativados, porque quem reter mais conhecimento e/ou equipamentos dominará a sociedade e dela extrairá mais do que o outro, que será dominado. Segundo essa perspectiva, o trabalho que exigiria equipe “exclui a autonomia da vontade em sua execução, porque o membro da equipe realiza apenas parte do todo, não exerce o domínio sobre ele e é forçado a se sujeitar a

horários e regras de outrem. É, portanto, subordinado". (1997:3). Desta forma, a Procuradoria propõe um enunciado sobre cooperativa de trabalho:

“Somente o profissional urbano que detenha os conhecimentos e possua os equipamentos necessários ao seu trabalho e que o possa realizar individualmente pode se unir, querendo, em cooperativa, com outros profissionais que exerçam a mesma profissão, detendo o mesmo domínio técnico ou material sobre seu trabalho, para fornecer à cooperativa esse trabalho e dela receber vantagens que, de outra forma, não obteria”.(1997:4)

Se, por um lado, a experiência de cooperativa implantada no Hospital Lourenço Jorge torna-se passível de questionamentos frente a Constituição Federal e a Lei 5.764/71 que regula seu funcionamento, fato que também ocorre com as demais experiências de cooperativização do trabalho médico no país, por outro, guarda especificidades em relação às demais cooperativas no que tange os processos de terceirização no setor saúde. Diferente das demais, ela não terceiriza a gestão dos serviços, mantendo nos postos de chefias quadros do município, só sendo incorporado via cooperativa, o trabalho de execução das ações. Assim, a cooperativa do Hospital Lourenço cumpriria outras exigências:

“É importante realçar que a Constituição, no dispositivo citado (art.199,§1º), permite a participação de instituições privadas de forma complementar, o que afasta a possibilidade de que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de saúde, como um todo, de tal modo que o particular assumira a gestão de determinado serviço. Não pode, por exemplo, o Poder Público transferir a uma instituição privada toda a administração e execução das atividades de saúde prestada por um hospital público ou por um centro de saúde; o que pode o Poder Público é contratar instituições privadas para prestar atividades-meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados **serviços técnicos especializados, como inerentes aos hemocentros, realização de exames médicos, consultas etc.;** nesses casos, estará **transferindo apenas a execução material de determinadas atividades ligadas ao serviço de saúde, mas não sua gestão operacional**”. (Parecer do subprocurador Geral

da República e procurador Federal dos Direitos do Cidadão, Wagner Gonçalves, 1998:15.) Grifo nosso.

Trata-se, assim, de uma forma **híbrida** de incorporação e gestão do trabalho, ao manter características de um processo de terceirização, quando disponibiliza, ao município, mão-de-obra para executar atividades dentro do hospital sob gestão pública, tendo, inclusive, a gestão do hospital, autonomia para desligar do Lourenço Jorge um profissional cooperativado. Ao mesmo tempo, mantém atributos de uma cooperativa de trabalho, permitindo que custos advindos de encargos sociais sejam sustentados pelos próprios trabalhadores, no momento da organização em cooperativa. Como sublinha a gestão:

“(...) O hospital não é uma cooperativa. A cooperativa é uma prestadora de serviço lá no hospital, e que a gente fiscaliza muito, controla, vê hora trabalhada, o doutor não veio tantas horas, é descontado do salário. A gente manda para a Secretaria e ela paga menos a cooperativa. É um contrato como se estivesse contratando um serviço de limpeza. Mas só que estamos contratando um serviço especializado (...)” (gestor 2)

No entanto, com o processo de cooperativização do trabalho sob gestão dos profissionais estatutários e os resultados alcançados, em termos de produtividade, as resistências iniciais foram sendo minimizadas, aumentando a receptividade dessa modalidade de vinculação ao trabalho por parte dos profissionais. Vale observar que o número de associados à COOPERAR-SAÚDE cresce vertiginosamente, ou seja, iniciou com os 571 profissionais no Lourenço Jorge, hoje gira em torno de 2.500 (em diferentes contratos), podendo duplicar até o ano 2.000¹⁸. O relato da gestão ressalta o lado exitoso do processo de cooperativização do trabalho neste hospital:

“Logo depois do impacto da inauguração do hospital, ficou a idéia de que estava sendo inaugurado um hospital da cooperativa, como se o hospital fosse da cooperativa, como se a administração fosse da cooperativa. A gente sentiu que a reação era como se o hospital estivesse sido terceirizado, como aconteceu com esses hospitais do Estado. E aí, houve uma reação do sindicato, do Conselho, do COREN, tudo isto. Nós fomos visitados com muita freqüência por todos eles logo no início, e para toda a entidade que nos procurava nós mostrávamos o hospital, como ele funcionava. E a receptividade foi muito boa, a prova é que não houve mais repercussão nenhuma, não houve mais nada, foi no início até por desconhecimento (...)” (gestor 2)

¹⁸ Cooperar Saúde Informes – nov.98 –divulgação interna- Entrevista com o Diretor Comercial e de Marketing Fernando Olinto H. Fernandes.

Num primeiro momento, as demais unidades pertencentes à rede de serviços do município também criaram resistências à experiência de cooperativa no hospital, numa relação de disputa entre os demais hospitais municipais, incentivado pela própria gestão municipal que estabelecia e divulgava inúmeras comparações dos índices de produtividade dos hospitais, e ao propor uma cesta de indicadores de produtividade para acompanhar as experiências.

Em relação à rede do município, pelo que o hospital mostrou, pelo que ele começou a produzir, houve um certo ciúme muito grande. Primeiro, porque o salário era diferenciado, porque os profissionais que estavam lá, em sua maioria, 60%, eram cooperativados, trabalhando 40 horas/sem. e tinham um salário diferenciado(...). Começaram a aparecer as comparações, como era o único hospital com um modelo diferenciado do resto da rede e a idéia do secretário era fazer ampliar as 40 horas semanais para outros hospitais. Logo isso propagou pelo município. E como queria demonstrar que dava certo as 40 horas, começou a mostrar: 80 profissionais do Souza Aguiar operam tanto, e só vinte no Lourenço operam tanto, e isso provocou uma ciumada muito grande (...) ninguém recebia paciente do Lourenço. Na ortopedia do Miguel Couto, tratavam mal as pessoas, e o médico que levava os pacientes para lá. O doente que vinha trazia bilhetes constantemente para nós, dizendo que nós não tínhamos encaminhado direito o paciente etc. e tal (...)" (gestor 2)

A gestão municipal da saúde está, de certa forma, descentralizada pelas coordenações de saúde das áreas de planejamento (Áreas Programáticas). Segundo disposto no Decreto nº11.608 de 11/11/92, tais coordenações teriam como objetivos: a) coordenar e acompanhar o desenvolvimento das ações de saúde da rede de serviços municipais, na sua área de abrangência, em consonância com as orientações programáticas; b) desenvolver as atividades de integração institucional e comunitária dentro de sua área de competência; c) encaminhar à Superintendência de Serviços de Saúde propostas de reformulação que objetivem o melhor desempenho das atividades das unidades de saúde; d) encaminhar à Superintendência de Serviços de Saúde propostas e projetos para a construção, ampliação, reforma, manutenção e instalação de equipamentos nas unidades de saúde de sua área de planejamento; e) realizar estudos e análise das atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde de sua área de planejamento.

No entanto, as coordenações não assumiram ao longo do tempo um papel importante nas decisões que envolvem indicação das direções das unidades hospitalares, liberação dos recursos destinados aos hospitais e sobre o modelo de gestão a ser adotado pelos mesmos. Tal fato tem gerado conflitos entre as

coordenações de áreas e as direções dos grandes hospitais do município. Esses últimos, acabam por estabelecer comunicação direta com Secretário e Subsecretaria municipais e com as Superintendências da Secretaria Municipal de Saúde, vetando, assim, às coordenações sua participação no processo de gestão do hospital.

Contudo, a proposta de estruturação do Hospital Lourenço Jorge, a forma de funcionamento e o perfil de atendimento adotado, passaram por um momento de negociação entre a direção do hospital, a coordenação de área programática e as demais unidades hospitalares existentes na área, resultando em acordos que vêm favorecendo à *performace* do hospital. O processo dialógico foi estabelecido na prática como afirma a gestão:

“A gente reuniu na minha sala, umas 5 vezes, o chefe de ortopedia do Cardoso Fontes com o meu chefe de ortopedia, com a equipe da área e com o diretor. A gente se reuniu. E veja bem! uma unidade federal com municipal, e resolveu o seguinte: vocês podem fechar a emergência de vocês, o hospital não opera nada, o centro cirúrgico não funciona, a gente opera tudo, a gente fecha o nosso ambulatório, vocês atendem os casos de ambulatório. E isso foi feito e caminha bem nesse sentido, os casos cirúrgicos eles encaminham para nós ou para outros hospitais da rede federal, Andaraí ou outro hospital deles, nós atendemos e todos os nossos casos de ambulatório nós encaminhamos. Só fazemos ambulatório de *follow up* porque o volume é muito grande de atendimento, então não dá para fazer ambulatório”. (gestor 2)

Em alguns casos, o processo foi, segundo a gestão, ainda mais proveitoso. Destacamos aqui o Hospital de Curicica:

“O entozamento foi melhor ainda, até porque a gente tem a maternidade Leila Diniz lá dentro, então a coisa ficou muito melhor. Até hoje a gente atende a quase todos os casos deles de CTI pós-operatório, de cirurgias de pulmão complicadas ou o pós-operatório de imediato. Então a gente deixa reservado leitos do CTI para o Hospital de Curicica. Eles recebem os nossos doentes e são atenciosos, nós temos um entozamento muito grande com o resto da rede. (...) A gente tem um entozamento muito grande com a área, para saber quem vai atender o quê? Quem a gente atende e quem a gente não atende, então não temos muitos problemas para saber para quem mandar, a gente tem um esquema de referência e contra-referência bem avançado. Junto com a coordenação da área, por exemplo, a gente tem um eco, centralizamos a marcação na coordenação de área, e contratamos através da cooperativa um profissional só para fazer eco, ele vem aqui e faz para a área toda.” (gestor 2)

Regime de 40 horas no Hospital Lourenço Jorge

A proposta implementada no hospital buscou inovar o modelo de organização interna dos serviços, que vigora na maioria dos hospitais públicos. Tradicionalmente, os serviços, dentro dos hospitais do município, são organizados em dois setores. O primeiro, setor de emergência, é constituído de médicos de diferentes especialidades que normalmente trabalham 24 horas semanais, quase sempre divididos em dois turnos de 12 horas — diurno e noturno. No segundo setor, os serviços de rotina (enfermarias e ambulatórios), geralmente são realizados diariamente por uma equipe que trabalha 4 horas a cada dia, 5 dias por semana, com rodízio de visitas nos fins de semana (4 horas sábado ou domingo). Na opinião da gestão:

“Isso faz com que alguns hospitais se transformem em oito hospitais. Eu digo oito porque um é um hospital de rotina, com médicos diaristas que teoricamente iriam todos os dias da semana ao hospital fazer o seu atendimento de rotina nas enfermarias, nos ambulatórios e nos serviços cirúrgicos de rotina etc., e sete outros hospitais representados pelas equipes que compõem o setor de emergência. Equipes que não se falam, não se comunicam, numa descontínua assistência ao paciente. Então, o paciente que é um sujeito passa a ser um objeto, na passagem do médico pelo hospital, às vezes uma passagem muito rápida por que ele tem que buscar um outro local de trabalho (...)” (gestor 1)

Alguns pontos negativos podem ser ressaltados. Por exemplo, este modelo tem acarretado um escasso contato por parte dos profissionais com os problemas que afetam os serviços e um menor compromisso com a resolução dos problemas que afetam a totalidade do hospital. Tal modelo, traz também problemas para a relação médico-paciente. Um paciente que tenha sido atendido na emergência, internado e operado, normalmente não será acompanhado até o final do tratamento pelo mesmo profissional que fez a cirurgia, quase sempre permanecendo no hospital por um tempo maior do que deveria na espera do plantão do médico responsável por sua alta. Quanto ao médico que iniciou o tratamento, ou seja, internou o paciente e executou a cirurgia, mesmo sendo importante o acompanhamento da evolução do caso, frequentemente se vê impossibilitado de realizá-lo devido a fatores como: o pouco tempo em que permanece no hospital e a forma como estão organizados os serviços nos hospitais.

Visando reverter esse quadro, implantado-se o regime de 40 horas semanais, seguido de uma reorganização no processo de trabalho onde todos os profissionais médicos passam a atuar nos diferentes momentos de atenção

(emergência, ambulatório e enfermarias), seguindo a orientação de distribuição da carga horária onde somente 12 horas de plantão são realizados no setor de emergência e o restante distribuída entre as demais atividades de rotina e ambulatórios. O aumento de carga horária dos profissionais favoreceu a ampliação de vínculos entre os profissionais, e destes com os pacientes. A maior permanência no local de trabalho leva os profissionais a vivenciarem o hospital de uma forma mais integral. Por outro lado, o paciente passou a receber a atenção do mesmo profissional que realizou o atendimento inicial, podendo estabelecer uma relação mais próxima com o médico.

É importante assinalar que a equipe de enfermagem incorporada por meio de cooperativa trabalha sob um regime de 32,5 horas semanais, sendo igualmente diferente o processo de ingresso na cooperativa, onde executam três plantões testes, para depois de aprovação serem incorporadas à cooperativa. Em relação aos estatutários que permaneceram no hospital, apesar de constar do planejamento da Secretaria, ainda não foi viabilizado o regime de 40 horas/sem. Estes, no entanto, cumprem sua carga horária, 24h/semanais, dentro do mesmo esquema de rodízio entre os setores, adotado pela cooperativa.

No que se refere aos ganhos salariais destes últimos, houve, no início de funcionamento do hospital, a proposta de que a **gratificação por empenho e produtividade** (calculada sobre a produtividade de todo o hospital), fosse dividida somente entre os estatutários, como forma de equiparar os valores pagos aos cooperativados. Após constatação de que tais valores seriam muito altos, o município propõe que o valor da gratificação seja calculada pelo total de funcionários lotados no hospital, e somente pago aos funcionários estatutários. O montante referente à produtividade dos cooperativados seria utilizado, pela secretaria, para obras e compra de materiais para o hospital.

Um outro aspecto importante, levantado pelos gestores, é a ampliação de utilização das instalações e equipamentos do hospital. Se, antes, os profissionais envolvidos nos serviços de rotina trabalhavam 4 horas contratuais pelo período da manhã, o que levava o centro cirúrgico a funcionar—para cirurgias de rotina—somente nesses horários, ficando o resto do dia à disposição das emergências, no novo modelo de organização dos serviços, o centro cirúrgico passou a realizar

cirurgias de rotina também à tarde, o que aumentou significativamente a produtividade colocando em funcionamento, por maior tempo, toda sua estrutura.

“(...) isso se reflete de maneira nítida nos indicadores hospitalares. Você vê hospitais com média de permanência muito longa, taxas de ocupação sofríveis, índices de giro baixíssimos, raramente você tem um hospital público, à exceção daqueles que têm maternidade, que rode mais do que 2 pacientes/leito por mês, isso sem chamar atenção para a taxa de ocupação às vezes abaixo dos 70%. Ora, isso se você também for medir, em termos de produtividade, naqueles hospitais cirúrgicos a coisa chega a situações realmente até inexplicáveis do ponto de vista de custo. Montar um hospital com 7 ou 8 salas dificilmente funcionando mais do que 4 horas por dia, deixar todo um equipamento como esse instalado, custando recursos da população, não tendo a utilização necessária. É uma incoerência. Portanto, os resultados em benefício da população seriam maiores com as 40 horas.” (gestor 1)

As vantagens do regime de trabalho de 40 horas, dentro do novo sistema de rodízio entre os setores, para os médicos, é destaque constante nos depoimentos dos gestores:

“O que nós observamos, a gente que trabalha a vinte e cinco anos no serviço público, em relação às 24 horas, e principalmente em um hospital com uma emergência ativa, é que o profissional com 40 horas tem um compromisso maior com a unidade, até pelo maior tempo de permanência. Compromisso com a unidade e com o paciente. Esse regime força o profissional a não ficar num ambiente único determinado, então ele é um médico da emergência, ele é um médico da enfermagem, ele é um médico de ambulatório, ele é um médico do serviço e não de um determinado setor, isso facilita o entozamento dele com o doente e o compromisso dele com a instituição. Por exemplo, o médico ortopedista está trabalhando na emergência, chega uma fratura exposta, rotineiramente o que a gente vê é que ele na emergência faz o atendimento emergencial, por exemplo, uma lavagem mecânica cirúrgica e deixa para a rotina, o médico da rotina é quem vai avaliar (...). No esquema das 40 horas, não, ele vai atender aquele paciente na emergência, é ele quem vai estar no dia seguinte na rotina, então ele não deixa para a rotina, ele mesmo aproveita, além da lavagem mecânica-cirúrgica ele fixa aquela fratura e isso, inclusive, diminui o tempo de permanência, agiliza a alta desse doente. Assim, o pós-operatório é muito mais rápido e o tempo médio de permanência nosso é pequeno, o giro e rotatividade também é grande. (...) Então, a gente consegue até um milagre aqui dentro.” (gestor 2)

Incorporação e Gestão do Trabalho Médico

Como relata a gestão, com a ampliação dos serviços na nova unidade do Hospital Lourenço Jorge e, conseqüentemente, a ampliação do organograma, foi necessário a indicação de profissionais estatutários para a ocupação dos novos cargos de chefia:

“Nós conseguimos captar profissionais com o perfil para trabalhar e para nos ajudar a botar esse hospital para funcionar. Então a gente trouxe um profissional do Miguel Couto, um cirurgião, que era chefe de uma equipe, e professor da UERJ (que é chefe da cirurgia geral). Com a ajuda do Secretário

Municipal, houve, na época, muitas indicações políticas; foi muito duro, como só havia 4 chefias, foi muito ruim. A chefia de cirurgia e de ortopedia foram as mais requisitadas, houve muito problema político (...)"(gestor 2)

Às chefias indicadas foi dado o "privilégio de selecionar as pessoas com quem iriam trabalhar" (gestor 2), desde que os candidatos cumprissem as exigências estabelecidas no contrato com o hospital para a admissão de cooperativados médicos, que é ter o título de especialista e no mínimo 4 anos de experiência. Segundo a gestão, esse processo é responsável pelo sucesso de alguns serviços:

"Então foi o chefe de equipe que fez a seleção. A cooperativa não teve nenhuma ingerência nisto. Por exemplo, o chefe de ortopedia, ele teve uma sorte muito grande, por isso o sucesso do serviço, dos serviços cirúrgico e ortopédico que são muito bons, é um serviço de nome, que mostrou resultados e com isto aumentou muito nosso faturamento, aumentou muito a nossa credibilidade, e até o crédito para conseguir crescer (...)"(gestor 2)

Um item importante sobre o processo seletivo de profissionais dentro do SUS, diz respeito aos limites jurídicos impostos pelo caráter obrigatório dos concursos públicos como modalidade de ingresso no serviço público. No entanto, além das críticas enunciadas na proposta do governo de reforma administrativa, quanto à falta de regularidade com que são realizados e deficiente avaliação de sua necessidade, somam-se críticas ao concurso público enquanto ferramenta eficaz e democrática de seleção, uma vez que nem sempre consegue recrutar o profissional adequado para o trabalho onde este deva ser realizado.

"Eu trabalhei vinte anos no Hospital Souza Aguiar, trabalhei dez anos como chefe da clínica médica e vi concursos que aprovavam candidatos que não sabiam fazer cirurgia. Por exemplo, uma vez, o primeiro lugar da cirurgia geral no Souza Aguiar nunca havia entrado no centro cirúrgico, o segundo lugar em neurocirurgia nunca havia operado, porque eles estudavam e a prova era toda teórica, liam, liam, e passavam. No Lourenço Jorge não..."(gestor 2)

Quanto ao controle do cumprimento da carga horária, geralmente, dentro dos hospitais públicos, fica sob responsabilidade das chefias de serviço, constituindo-se um ponto crítico para as direções. O Hospital Lourenço Jorge apresenta para a gestão municipal uma outra situação: dentro de sua experiência da gestão, a assiduidade e o cumprimento da carga horária ficam submetidos a um maior controle da direção do hospital junto à coordenação da cooperativa presente no hospital.

Na medida em que é obrigatoriedade da cooperativa a substituição dos profissionais cooperados ausentes, os valores de uma falta não coberta são descontados do recurso empenhado pela secretaria para o pagamento da cooperativa, o controle em relação a assiduidade e pontualidade dos profissionais passa a ser mais contundente. É o que relata a gestão:

"As chefias não têm o poder sobre as horas trabalhadas, isso está no contrato; então não pode deixar o fulano sair, a gente pergunta quem deixou ele sair, a

gente tem que prestar conta com o ministério público, com a procuradoria, com a contadoria. Você tem poder para deixar o seu serviço? Não. Você tem autonomia para fazer funcionar o seu serviço e fazer ser cumprido as regras, mas autonomia para liberar horas trabalhadas, para a gente prestar contas a procuradoria, você não tem esse poder, topas ficar? Se topas, não tem esse poder.” (gestor 2)

Para cobrir eventuais faltas ou “furos” nas escalas de serviços, a cooperativa adota uma relação diferenciada de trabalho com os profissionais que são também cooperativados mas só eventualmente acionados para plantões descobertos. A estes profissionais, designa-se o nome de “coringas”. A gestão decidiu pôr um número de cinco coringas por serviço, como forma de controle para possíveis esquemas entre profissionais.

“Não permitimos que houvesse uma sublocação de emprego, eu e você, eu trabalho 20 horas e você as outras 20 horas. A gente não permitiu isso de modo nenhum, ficamos em cima disso porque a gente soube que havia algumas pessoas querendo fazer esquemas e o chefe até poderia admitir. A gente brigou muito e algumas pessoas tiveram que sair. (...) Em cada serviço tem alguns coringas cadastrados dentro do perfil que nos interessa. Se a gente percebe (eu ontem perguntei, eu estou vendo muito a Dr.^a fulana aqui no CTI, então fui ver quem ela estava substituindo), se fosse muitas vezes a mesma pessoa, ela não poderia continuar. Cada serviço tem um coringa, que é acionado se alguém adoecer ou passar mal, nós estipulamos o número de coringas, se são muitas pessoas, você perde o controle e perde o vínculo, não pode coringar todo domingo à noite, o médico não pode fazer isso, só ocasionalmente. A gente aciona a cooperativa e a própria chefia do serviço tem um controle disso. O número de profissionais é enxuto, então é mais fácil controlar.” (gestor 2).

Vale acrescentar que por problemas ligados ao aumento de substituição foi vedado em alguns setores a possibilidade de substituição por “coringas”, como no caso do CTI, onde as substituições passam a ser realizadas somente por membros da própria equipe.

Devido aos mecanismos de controle das horas trabalhadas, os ganhos dos cooperados (produção cooperativista, e não salário, já que não se constitui uma relação trabalhista) passam a ser resultante do somatório de horas trabalhadas por cada profissional. As horas não trabalhadas por um profissional são computadas no ganho do profissional que o substituir, o que serve de incentivo para que o percentual de absenteísmo no serviço do hospital se mantenha a níveis baixos.

Segundo relato da coordenação da cooperativa no hospital, faltas e atrasos constantes são considerados erros graves, podendo dar início a um processo de exclusão do médico cooperativado.

Quanto aos profissionais estatutários que permaneceram no hospital, acreditamos que o controle em termos de assiduidade, pontualidade e cumprimento das atividades previstas, sejam mediados pelo direito de estabilidade que estes possuem. Um ponto a ser destacado é que no Hospital Lourenço Jorge não existe a possibilidade de incorporação via remanejamento de

profissionais do quadro do município. Todas as substituições são feitas por profissionais cooperativados .

Verifica-se também que a experiência de cooperatização no hospital tem fixado os profissionais médicos demonstrando um movimento de baixa rotatividade nas diferentes equipes. Pela observação do movimento de admissão e desligamento de profissionais médicos nos dois últimos anos de funcionamento do contrato com a cooperativa, notamos um relativo grau de rotatividade e a grande agilidade em repor quadros médicos. Este movimento pode ser visto no Tabela 8:

TABELA 8
Movimento de Admissão e Desligamento de Profissionais Médicos
Por especialidades -1997-1998

| Especialidades | 1997 | | 1998 | |
|---------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | Méd. Admitidos | Méd. Desligados | Méd. Admitidos | Méd. Desligados |
| Anatomia Patológica | - | - | 03 | 03 |
| Anestesia | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Cirurgia geral | 05 | 05 | - | - |
| Clínica Médica | 04 | 03 | 09 | 04 |
| CTI | 06 | 05 | 02 | 02 |
| Epidemiologia | 04 | 04 | 01 | 01 |
| Hemoterapia | 01 | 01 | - | - |
| Ortopedia | 05 | 03 | 02 | 01 |
| Pediatria | 01 | 02 | - | - |
| Radiologia | 06 | 06 | 01 | - |
| Saúde mental | 03 | 01 | - | - |
| TOTAL | 36 | 31 | 19 | 12 |

Fonte: Seção de Pessoal do HMLJ, fevereiro, 1999.

As regras em relação à estabilidade do servidor público são hoje apontadas enquanto impeditivos para um padrão mais eficiente da gestão pública, tornando-se matéria de reformas. Na experiência do Hospital Lourenço Jorge, a maior facilidade que encontra a gestão do hospital, em substituir os profissionais, tem gerado novas demandas no que se refere às negociações entre as esferas gestoras do hospital (direção, direção médica, cooperativa) e os profissionais. Apesar do processo de exclusão de profissionais cooperativados contar com momentos de consulta às chefias de equipe, direção do hospital, representante da cooperativa e o profissional envolvido, não existe ainda um conjunto de regras claras e pactuadas sobre a substituição dos profissionais.

“Tem um médico do município, que o chefe pediu para ele fazer eletrocardiograma, fazer risco cirúrgico e ele se recusou (...) o chefe o colocou à disposição, eu o chamei para conversar, e coloquei que ele não estava se adaptando à unidade. Mas o que queria te contar é que, se ele fosse um médico cooperativado, mandava embora hoje, substituiria por outro, mas como é um médico nosso, funcionário público, a gente tem todas aquelas dificuldades do serviço público.”(gestor 2)

Assim a experiência de 3 anos do Hospital Lourenço Jorge, embora questionada a respeito de seu caráter “híbrido” enquanto um desenho de incorporação e gestão do trabalho no

setor público, tem sido defendida pelos gestores, por permitir um maior enfrentamento dos problemas crônicos no setor, principalmente em relação ao absenteísmo, reposição de profissionais e baixa produtividade.

5.2- O Projeto Alternativo do Hospital Municipal Salgado Filho

No período anterior a implantação do projeto, o Hospital Salgado Filho possuía 180 leitos em atividade; realizava em torno de 500 atendimentos/dia no setor de emergência e 6.000 atendimentos ambulatorial/mês, significando uma produtividade abaixo de sua capacidade. Ao apresentar as atuais estratégias de gerenciamento no hospital, FARIAS & ALMEIDA (1998:61) apontam, ainda, outros problemas que exigiam mudanças em sua forma de operar:

“O setor de emergência, era a própria crise. Habitualmente, mais de 40 pacientes ocupavam as 14 camas e diversas macas por mais de 24 horas (até 10-15 dias). Dos óbitos ocorridos no hospital, 70% eram neste setor, com um grande peso para as doenças crônicas agudizadas. Os pacientes não conseguiam vagas nas enfermarias, devido a baixa rotatividade dos leitos, e ficavam aguardando uma transferência para alguma clínica conveniada ao SUS.”

Somava-se, ainda, a falta de um sistema de informação, capaz de permitir o acompanhamento administrativo dos resultados do hospital e do acompanhamento do processo de trabalho. E neste momento, o ambiente de crise que envolvia os demais hospitais da rede municipal levantava, na rede, propostas de ampliação do processo de terceirização. Assim, os resultados alcançados pelo Hospital Lourenço Jorge aparecem como incentivo para que os demais hospitais do município repensassem seus processos de gestão e seus regimes de trabalho, ampliando na rede as discussões acerca da terceirização, como relata o gestor:

“...Eu acho que teve uma importância muito grande a visão do Secretário de Saúde, o Gazolla. Uma visão política muito boa que não se incomoda ou pelo menos admite mexer com toda uma estrutura consolidada, uma estrutura arcaica. Mas ele rompe com esse processo e propõe, efetivamente, modelos que a gente pode não concordar, mas propõe modelos, propõe alternativas para essa situação absolutamente falida do sistema de saúde conforme ele havia sendo administrado, cinco anos atrás. A gente está naquela época de crise, as organizações médicas, as câmaras, os representantes do povo, todo mundo querendo uma solução, os hospitais fechando, desativando leitos, a crise de salário, aquela coisa toda. Então, quando ele propõe essa questão da cooperativa, ele abre um caminho que agente pode não estar de acordo ideologicamente, mas ele abre um caminho para que em cima disto se construa outras alternativas.”(gestor 3)

Em um clima, identificado pelo gestor, como sendo de crise e de ausência de propostas políticas de reestruturação dos perfis dos hospitais públicos, a

terceirização apresenta-se como uma saída, levantando para o interior das organizações as discussões sobre a pertinência ou não do caráter público dos serviços e a introdução de uma lógica mais voltada para o mercado. Assim indica o gestor:

“Então, esse segundo ano ocorreu toda a discussão da lógica do término do serviço público que se apontava três anos atrás. A gente até pensava que pudesse terminar com a terceirização mesmo, isso se discutia, e tinha uma informação que era absolutamente real, quer dizer, a ambulância foi terceirizada, a telefonia foi terceirizada, a cozinha e a limpeza foram terceirizadas. Todo esse grupo era de funcionários públicos, antigamente, e que não perceberam que a má qualidade do serviço apontava para a substituição e a substituição para a economia. A economia apontava para a terceirização, economia de mercado, um enxugamento dos recursos humanos e o Estado apontava para isso. (...) Então, a consciência dessa dificuldade permeou todo o hospital, se discutiu os modelos, isso foi mais ou menos no segundo ano. E nesse segundo ano a cooperativa começava, lá na Barra, com uma violência danada, com belíssimos resultados, então, no final do segundo e início do terceiro ano é quando nasce a proposta de que condições iguais no serviço público deveriam oferecer os mesmos resultados ou melhores. Teoricamente teriam que ser melhores, porque ao funcionário seria assegurada a garantia da sua permanência em definitivo.” (gestor 3)

O projeto alternativo do Hospital Salgado Filho adotou a jornada de trabalho de 40 horas semanais para médicos e demais trabalhadores do hospital. Foi utilizado o critério de opção para servidores com interesse pelo projeto, e os que não aderiram foram transferidos para outras unidades do município. O acréscimo de horas de trabalho é pago sob a forma de gratificação, a título de **encargos especiais**, utilizando-se como parâmetro, os valores praticados no sistema de cooperativas do município. Assim, o salário de um médico pode chegar a R\$3.500,00, dependendo do tempo de serviço (anexo 6), sendo que o salário inicial para este profissional é de R\$2.190,49, baseado no seguinte cálculo:

QUADRO 3
Composição do vencimento inicial para a categoria médica
Hospital Salgado Filho- 1997

| | |
|--------------------|-------------|
| Vencimento base | R\$387,54 |
| Encargos especiais | R\$1.239,71 |

| | |
|----------------------------|-------------|
| Adicional de insalubridade | R\$77,50 |
| Adicional noturno | R\$135,74 |
| Produtividade estimada | R\$350,00 |
| TOTAL | R\$2.190,49 |

Fonte: SMS/RJ: Projeto Salgado Filho,1997.

Os servidores do hospital recebem, além dos vencimentos e do adicional por encargo especial, incentivo por empenho e produtividade, 13º salário e férias. No entanto, vale observar que os valores de encargos especiais e produtividade não são incorporados para a aposentadoria. E de acordo com o decreto 15.438, não receberão a gratificação os trabalhadores que apresentem: a) faltas no mês anterior que não sejam abonadas; b) tenham sofrido penalidade disciplinar de qualquer natureza; c) sejam beneficiários de quaisquer outras gratificações embasadas nos mesmos critérios de concessão; d) estejam em gozo de licenças prêmio ou de saúde por prazo superior a 30 dias, em cada período de 12 meses; d) ou qualquer outra hipótese legal, que não se considere como de efetivo exercício.

Com a implementação das medidas preconizadas pelo projeto, esperava-se alcançar níveis de produtividade como os apresentados no Quadro 4:

QUADRO 4
Metas de produtividade propostas no Projeto Alternativo
Hospital Salgado Filho - 1997

| | |
|---|----------------------|
| Número de consultas no ambulatório | De 3.500 para 11.000 |
| Diminuição dos atendimentos de emergência | De 13.000 para 4.000 |
| Aumento de internações | De 380 para 920 |
| Redução do tempo médio de internação | De 14 para 7 dias |

Fonte: SMS/RJ: Projeto Salgado Filho,1997.

Mudanças na Estrutura Ocupacional

O projeto implementou profundas mudanças na estrutura ocupacional do hospital. Como podemos observar na Tabela 9, a relação de profissionais por nível de escolaridade tem alterações proporcionais com redução de profissionais

médicos que antes do projeto totalizavam 24.7% do servidores passando a somar 17.9 % no quadro atual.

TABELA 9
Alterações no Quadro de Servidores Com a Implantação do Novo Projeto
Hospital Salgado Filho- 1997

| Nível Funcional | Servidores (antes do proj.) | | Servidores Que permanecem | | Servidores Remanejados | |
|-----------------|-----------------------------|------------|---------------------------|------------|------------------------|--------------|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| Superior | | | | | | |
| Médico | 420 | 24.7 | 250 | 17.9 | 170 | 40.47 |
| Outros | 187 | 11.0 | 165 | 11.8 | 22 | 11.76 |
| Médio/2º grau | 155 | 9.1 | 131 | 9.4 | 24 | 15.48 |
| Médio/1º grau | 751 | 44.1 | 663 | 47.6 | 83 | 11.05 |
| Elementar | 190 | 11.1 | 185 | 13.3 | 5 | 0.63 |
| Total | 1703 | 100 | 1399 | 100 | 304 | 17.85 |

Fonte: SMS/RJ: Projeto Salgado Filho, 1997.

Verifica-se, assim, no projeto, fortes características de uma **flexibilidade numérica externa** de caráter dispensatório de recursos humanos, principalmente, em relação aos profissionais médicos que alcançam o percentual de 40,47% de remanejamento. Tal fenômeno traz questões sobre a possibilidade de adoção do projeto alternativo de 40 horas, como um modelo para a rede hospitalar municipal. Já que aos profissionais é garantido o direito de remanejamento para outra unidade de saúde do município, a rede de serviços teria problemas como: excesso de quadros nos hospitais a partir do funcionamento do regime de 40 horas e possível saída, da rede, de especialistas com maior formação técnica e experiência profissional que exercem dupla militância no setor público e privado (onde geralmente recebem maiores salários).

Para definição do quantitativo de profissionais que permaneceriam no hospital criou-se uma metodologia que considerou a necessidade de horas trabalhadas por cada categoria profissional nos diferentes serviços do hospital. O número de profissionais por serviço foi preestabelecido a partir de estudo interno, onde cada chefe de serviço calculou a quantidade de horas necessárias de trabalho por cada especialidade e tipo de atividade. Como descreve o gestor:

“Para citar um exemplo, para 6 leitos de cirurgia preciso de quatro horas de visita de um profissional pela manhã, ou seja, um profissional, durante quatro horas, visita 6 leitos de cirurgia. Vou precisar de mais outro profissional que vai

me dar 12 horas de plantão no pronto-socorro; vou precisar de mais outro profissional que vai me dar 8 horas no centro cirúrgico, a soma das horas dos profissionais dos diversos setores do hospital faziam o somatório de demandas de necessidade de profissional naquela especialidade ou naquele setor. Então, a soma das horas dividida por um regime de 40 horas semanais apontava a necessidade de 250 profissionais que cobririam todas as necessidades que os chefes de serviço identificaram para ocupar as 30 salas de ambulatórios, para fazer equipe de menor densidade à noite, de maior densidade pela manhã, equipe flutuante para poder ter plantões nos andares, para poder atender nos ambulatórios aos sábados, para poder operar no sábado de manhã (...). (gestor 3)

A mesma lógica de cálculo para a composição das equipes médicas foi utilizada para a equipe de enfermagem e para os servidores administrativos. No caso particular dos médicos, foi apontado um excesso de 200 profissionais. Por uma estratégia da gestão, para evitar possíveis conflitos, evitou-se a designação de quem permaneceria ou não no hospital. Segundo o depoimento do gestor:

(...) teríamos que trabalhar com 250 médicos, mas não se qualificava quem faria parte desse quantitativo. Isso por uma estratégia de que, se qualificássemos antes do projeto implantado, iria gerar um desconforto e eventualmente um conflito dentro do serviço. E se o projeto viesse a não ser implantado, o serviço estava roto por conta dessas disputas internas.” (gestor 3)

O primeiro momento de implementação do projeto contou com grande receptividade entre os profissionais do hospital e dos conselhos profissionais com aprovação do adicional pago com a introdução do **incentivo por encargos especiais**, que equipara os valores ganhos pelos estatutários do Hospital Salgado Filho aos valores pagos na cooperativa do Hospital Lourenço Jorge. Assim salienta a gestão:

“(...) Já acertado aqui dentro, a gente então foi discutir isso nos conselhos, nos sindicatos e na área. Os conselhos e os sindicatos não se posicionaram contrariamente, por dois motivos: primeiro, porque era um consenso na unidade, não havia divergências da unidade em relação a isso; segundo, os níveis de retribuição estavam acima do nível de retribuição que os conselhos e sindicatos historicamente pleiteavam, estavam bastante acima, mesmo se você dividir ao meio essa quantidade de dinheiro e trabalhasse em 20 horas. A gente estava bastante acima. Naquela ocasião, um médico recém-admitido para trabalhar 20 horas iria receber qualquer coisa como item básico de trabalho, sem produtividade, R\$450,00, se somasse produtividade iria para uns R\$600,00 e a gente apontava em torno de R\$1.000,00 para 20 horas que não eram 20 horas, mas 40 horas, então essa questão ficou efetivamente muito bem definida.” (gestor 3)

Em caso de excedente de profissionais interessados em permanecer no hospital, o projeto previa a criação de um conselho especial, composto pela chefia de serviço que apresentasse o superávit de profissionais, o presidente do centro

de estudos do hospital, o presidente da comissão de ética e por um representante escolhido por cada profissional interessado em permanecer no hospital.

No entanto, não houve necessidade de ativação do conselho para a implementação do projeto. Com o funcionamento do projeto Alternativo do Hospital Salgado Filho, o total de funcionários foi reduzido para 1.301, contando com o número de 245 médicos (dados de outubro 1998), portanto, cinco a menos do que ficou estabelecido no projeto.

Segundo relato da direção do hospital, as discussões internas sobre o novo regime, contaram com ampla participação de trabalhadores de todos os setores do hospital, e essa participação permanece constante, fato que tem sido facilitado pela permanência dos profissionais em regime de 40 horas semanais.

“Nós discutimos modelos de gestão intensamente,(...) em fóruns internos, lá no subsolo do hospital se discutia com todos a questão da gestão, desde o servente. E que apontava efetivamente para a terceirização, que naquela época parecia uma coisa muito distante, mas hoje a gente vê o Estado todo terceirizado, então essa sensação de que se caminhava por aí era uma certeza, e a gente procurava traduzir isso para todo mundo, então houve um ano inteiro de discussão sobre modelo de gestão, e aí se discutia as alternativas: terceirização dos hospitais, a privatização dos hospitais, a cooperativização dos hospitais, o que era ou não compatível com a lei. Então esse processo todo sofreu uma imensa discussão(...), e era uma coisa da qual nós não abríamos mão, nós próprios (equipe da direção) íamos em cada fórum que se organizavam, tinha semana a gente ter, nos cinco dias, seis/sete reuniões, uma loucura completa, reuniões dessas que você senta lá e fica três, quatro horas discutindo (...). Primeiro tínhamos as reuniões formais, com periodicidade às vezes de três semanas, um mês, quando a gente convocava todas as chefias e subchefias com participação obrigatória.” (gestor 3)

Como ocorre com o Hospital Lourenço Jorge, o Hospital Salgado Filho remodela seu sistema de lotação onde cada médico passa a atuar nos três momentos da atenção (emergência, ambulatório, enfermarias). Segundo FARIAS & ALMEIDA (1998:62):

“No sistema anterior, o corpo clínico era lotado em um destes locais de forma fixa, permitindo um certo “corporativismo interno” que terminava por dificultar tanto a internação (com a consequente superlotação da emergência) quanto a alta e seguimento ambulatorial.”

No novo desenho do processo de trabalho, o vínculo do paciente deixa de ser com os profissionais envolvidos no tipo de atenção que esteja recebendo, seja atendimento de emergência, ambulatorial ou internado em uma das enfermarias

do hospital, ficando sob responsabilidade das chefias ou do serviço de cada equipe de especialistas. Essa nova sistemática de atenção tem, segundo os gestores do hospital, reduzido os graves problemas na emergência. Segundo o interessante relato de FARIAS & ALMEIDA (1998:62):

“Era relativamente comum um paciente, por exemplo, com motivo de internação clínico ficar, no setor de emergência por falta de vagas nas enfermarias, durante alguns dias. Seus cuidados ficavam a cargo da equipe de emergência que, pela própria superlotação do hospital, terminava por não ter com o caso a atenção que este necessitava. O óbito, se ocorria, era contabilizado como “óbito na emergência” e não dos serviços do hospital. E esta mortalidade era aceita como uma fatalidade, ocasionada pelo perfil do paciente.”

Por meio de um contrato de metas entre o hospital e a secretaria negociou-se um compromisso de produtividade dos serviços hospitalares em troca da diferenciação salarial. E para acompanhar as metas de produtividade previstas no projeto foram negociadas com as chefias dos serviços uma cesta de indicadores que incluía “a noção de tempo médio de permanência (TMP), e a partir desta chegando-se a de giro de rotatividade do leito. Agregando-se uma taxa de ocupação aceitável (nº de leitos ocupados por serviço), chega-se a um número de internações estimadas para o mês (meta de internações), isso com a aceitação da chefia.”(FARIAS & ALMEIDA:64).

Inaugura-se dentro da instituição uma nova cultura de se avaliar a produção do hospital, em todos os momentos do processo de trabalho “desde a ocupação do leito, produção individual dos profissionais até a durabilidade das roupas”, exigindo dos profissionais novas habilidades de utilização de indicadores e métodos de avaliação de resultados coletivos do trabalho. Ressalta ainda FARIAS & ALMEIDA (1998:65) que a incorporação desta cultura de avaliação dentro da unidade não pode ser confundida com a incorporação de noções de lucro, e, sim, deve estar relacionada com o aprimoramento da relação custo-benefício em direção ao aumento da qualidade na totalidade do atendimento com maior responsabilização dos profissionais.

Para alcance das metas foram necessárias a implementação de medidas que envolviam reestruturação de serviços, obras físicas e reforço nas atividades de porta de entrada do hospital, como:

- Ampliação do pronto-atendimento de pediatria — onde foram escolhidos os pediatras de maior experiência clínica, passando a ser admitidos casos mais graves, para os quais anteriormente tentava-se transferência para outros hospitais;
- Criação de unidade intermediária pediátrica;
- Reforço às equipes de emergência;
- Responsabilização pelo paciente há mais de 24 horas na emergência às enfermarias, não sendo aceita a permanência por mais de três dias de um paciente aguardando vaga no setor de emergência;
- Reativação progressiva dos leitos — de 160 para 245 —, atualmente mais 21 leitos de cuidados intensivos e semi-intensivos, otimização dos leitos e onde anteriormente se realizavam 350 internações/mês passam para 700 internações;
- Aumento da oferta de consultas ambulatoriais de 4.000 para 12.000 consultas/mês, e
- Intensificação do **Serviço de Orientação, Recepção, Informação e Atendimento — SORRIA**— voltado para casos de adultos que não demandam atendimento complexo sobrecarregando as salas de emergência. Atendendo em média 3000 casos/mês, com resolutividade de 90%. Referenciando para unidades básicas de sua área de residência ou aos ambulatórios de especialidade do hospital.

O projeto não encontrou resistências por parte das representações profissionais. Como declara a direção do hospital:

“(…) não houve a rejeição dos conselhos e do sindicatos à essa proposta, primeiro porque teve a adesão e o apoio formal dos profissionais da unidade, ela não foi uma proposta imposta pela direção ou pela secretaria aos funcionários, foi uma proposta de adesão. (...) O projeto foi levado para todos os fóruns, Conselho Distrital, Conselho Municipal, Secretaria, Sindicatos, COREN, CREMERJ, esses acordos foram virtualmente realizados, não havia nada formal, mas virtualmente discutidos e consolidados em compromissos das partes.” (gestor 3)

Por ser identificado pelos gestores do município enquanto um projeto prioritário, passível de tornar-se modelo para as demais unidades hospitalares da rede, sofreu críticas do sindicato dos médicos que apesar de não se opor à

proposta, manifestou a preocupação quanto ao fato dos incentivos não serem incorporados ao salário e não contar para fins de aposentadoria.

Em outras unidades do município onde a projeto foi levado para apresentação e discussão, a categoria médica manifestou-se contrária a adoção do regime de 40 horas e das alterações na organização do trabalho implementadas no hospital Salgado Filho. Foram realizados enquetes com os profissionais médicos, nos Hospitais Miguel Couto e Souza Aguiar, onde ampla maioria optou pela manutenção do regime de 24 horas.¹⁹

Fato importante de ser ressaltado, diz respeito à relação entre a gestão do hospital e a coordenação da área programática. Diferente do que ocorre no Hospital Lourenço Jorge a relação do Hospital Salgado Filho com a coordenação da AP3.2 tem sido mediada por conflitos. Alguns são expressos na fala do gestor:

“Efetivamente, a administração do hospital, as chefias do hospital, a chefias de serviço do hospital, não mantém nenhum tipo de relação administrativa com a coordenação da área. É um conflito abafado, porque se esse conflito fosse discutido politicamente no distrito ou na comissão municipal, você destruiria alguma coisa que a gente construiu. Eu acho que isso aí é um processo, e essas coordenações vão ter que ter o poder da decisão, se elas tiverem o poder da decisão vão coordenar a área toda. Como elas não têm, fica esse conflito. O hospital primeiro criou um projeto, e esse projeto criado houve uma relação direta com o secretário, as superintendências, a coordenação ficou alijada desse projeto porque essa discussão não permeou pela coordenação da área. (...) Porque a decisão não era lá, o processo decisório não estava lá, poderia ser um encaminhador, mas para isto o hospital perderia seu direito de voz. Por que falar através de você se eu tenho a minha voz? Então eu levo a minha voz. Esse direito de levar a voz a quem decide fez com que de fato fosse mais um entrave nessa relação. Hoje nós somos de alguma forma, tanto quanto seja possível, alfinetados pelas coordenações, a coordenação aí, no nível de atenção primária à saúde.” (gestor 3)

¹⁹ Segundo pesquisa realizada pela associação dos funcionários do Hosp. Miguel Couto e divulgada no Jornal do CREMERJ — fev.98. n°89—, dos 300 questionários distribuídos aos médicos, 243 foram respondidos, sendo que 198 (81,5%) votaram pela manutenção das 24 horas, 43 (17,75%) optaram pelo regime de 40 horas e 2 (0,8%) marcaram duas opções. O plebiscito realizado no Hospital Municipal Souza Aguiar, também divulgado no jornal do CREMERJ — abril 98, n°91—, apurou 1.117 votos contra e 130 a favor da introdução do regime de 40 horas semanais.

Acreditando que a *performance* dos hospitais em termos de produtividade, embora não de forma determinante, esteja mediada pela relação que este estabelece com as demais unidades da rede, cabe apontar algumas resistências ao projeto:

“Esse tipo de conflito existe, houve um aumento de referência, se ele está ganhando mais manda para lá que ele vai resolver, isso não tem dúvida e num dado momento quando não se resolve alguma situação corriqueira, referenciado por um posto de saúde, por um PAM, isso toma uma dimensão de escândalo, o que antes nunca existia como tal, hoje toma dimensões de escândalo. Olha, o hospital que tinha que trabalhar 40 horas não recebe nossos pacientes (...) essa é uma dificuldade do meio do caminho.”(gestor 3)

Algumas alterações na oferta de serviços também foram realizadas no Hospital Salgado Filho, o serviço de obstetrícia foi transferido para o Hospital Carmela Dutra e o serviço de oftalmologia extinto na unidade, primeiro pela saída de todos os especialistas do hospital e por existir na área um centro de excelência em oftalmologia, no Hospital da Piedade, da rede Federal. Por outro lado, como eram poucos os casos de emergência deste serviço, cerca de dois a três casos por mês, trazidos pelo Corpo de Bombeiros, os casos passaram a ser drenados para o Hospital Municipal Souza Aguiar.

Incorporação e Gestão do Trabalho Médico

A adesão ao projeto não se deu de forma equânime entre as equipes de especialistas do hospital. Duas equipes em particular representaram dificuldades para a composição do quadro médico, os oftalmologistas, cerca de nove profissionais, não permaneceram no hospital por possibilidades de obtenção de maiores ganhos com trabalho de 20 horas em outra unidade de saúde da rede municipal e a manutenção de consultórios.

A equipe de endoscopia, cerca de 4 profissionais, levantou a proposta de permanecerem “alcançáveis”, cumprindo parte da carga horária presentes no hospital e parte permanecendo em situação de sobreaviso. A proposta desses últimos foi levada em assembléia para avaliação do conjunto do corpo clínico, que a rejeitou. A equipe recorreu ao CREMERJ e entrou com um mandato de segurança onde se questionava a “eliminação de médicos do hospital e o prejuízo à população.” (gestor 3)

Numa segunda etapa, a gestão do hospital foi chamada a prestar esclarecimentos ao CREMERJ e à Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva que, após análise sobre a nova forma de funcionamento do hospital e de seus dados de produtividade, referendaram o projeto. Tal fato incentivava o desligamento de três dos quatro profissionais que participavam da ação cível contra o hospital e o retorno destes ao serviço no Hospital Salgado Filho. O desligamento dos profissionais do processo contra o hospital contribuiu para que a justiça também apresentasse um parecer favorável ao projeto.

Com o término da etapa de remanejamento dos profissionais não optantes pelo projeto, o quadro médico apresentou um déficit de 10 profissionais (400 horas/profissionais). Somando-se a esse déficit viu-se, após o funcionamento do projeto, que o número de profissionais em algumas especialidades havia sido subestimado devido ao aumento da demanda por serviços de emergência, bem como pelo aumento de complexidade que os casos passaram a ter. Como relata o gestor:

“ (...) o corpo de bombeiro que nunca mandava mais de 150 pessoas para o hospital, no terceiro mês, estava mandando para lá em torno de 400 ambulâncias, quer dizer, ele estava carreando do Rio de Janeiro como um todo, porque não tinha neurologista, não tinha ortopedista, não tinha clínico, tinha dificuldade de atendimento, como o hospital funcionava muito bem as 40 horas, não tínhamos nenhuma restrição. Então, nós triplicamos o volume e aí a coisa ficou muito complicada, isso gerou uma reunião com técnicos do conselho, gerou relatórios do conselho pro comando do GSE, então a coisa diminuiu, mas de qualquer forma hoje nós ainda temos em torno de 300. Dobrar esse número significa dobrar complexidade, dobrar riscos e dobrar trabalho, então aquilo que se planejava para o hospital, conforme nós prevíamos, mostrou-se, em alguns setores, insuficiente (...)” (gestor 3)

O aumento de demanda na emergência implicou em reavaliação do projeto em termos de incorporação e lotação dos profissionais dentro dos serviços do hospital. Assim relata a gestão:

“(...) A gente fez um erro, imaginamos que se ampliássemos o ambulatório e as demais atividades e diminuíssemos o tempo de permanência, diminuiríamos a demanda de emergência. Então o projeto contemplava descer de 11.000 atendimentos para 4.000 atendimentos de emergência, o que a gente viu foi o contrário, de 11.000 a gente passou praticamente para 16.000, 15.000 e 14.000 atendimentos, então a gente teve um acréscimo na emergência e um acréscimo no ambulatório e começou a ter que trabalhar e desenvolver projetos de encaminhamento de pacientes, o projeto SORRIA e os questionários de fila (...)” (gestor 3)

Após um ano de funcionamento aconteceram outras saídas no quadro médico. O hospital chegou a funcionar com um déficit de 20 médicos. A primeira tentativa de repor esses profissionais foi realizada a partir de um levantamento de profissionais da rede que desejassem ser remanejados para o hospital. Tal estratégia não teve êxito devido à falta de liberação dos profissionais que aceitavam participar do projeto do Hospital Salgado Filho, por parte das chefias e direção de outras unidades do município.

A reposição por concurso público também foi dificultada, porque os concursos realizados pelo município não abriam vagas específicas para o regime de 40 horas. E, segundo a direção do hospital, esse regime de trabalho é menos atraente aos médicos em início de carreira que têm preferido experimentar outros vínculos. Segundo o relato do gestor, o projeto seria mais atraente aos profissionais que têm em torno de 15 anos de serviço, com inserção no setor público, e que ainda não abandonaram a idéia de carreira. Outro atrativo levantado pela gestão do hospital foi o programa da carta de crédito para compra de casa própria implementado pela prefeitura.

Com as dificuldades de se repor recursos humanos no hospital por meio do banco de concursados, é proposto pela secretaria a reposição de profissionais via cooperativa, onde a COOPERAR-SAÚDE deslocaria médicos para o Salgado Filho, o que não foi aceito pelo corpo clínico do hospital. Como relata a direção:

“Esses profissionais cooperativados, se não trabalhassem seriam mandados embora, se o corpo clínico aceitasse, romperia com toda a lógica do serviço público. E esse foi um momento de tensão de toda a comunidade, um momento de conflito muito intenso e nós não aceitamos, fechamos questão. E aí criou um problema mais complicado ainda, de um lado uma pressão brutal da unidade que não podia cumprir com seus compromissos, os indicadores começaram a despencar e com certeza desestímulo não tem solução. Os indicadores despencam, a qualidade também, enfim, tudo isso, então, permeou até um ano e dois meses do projeto. No final de um ano e dois meses do projeto nós já estávamos praticamente afogados(...). As coisas foram secando, comprovadamente por insuficiência de recursos humanos, mas nós resolvemos não aceitar nenhum tipo de funcionário cooperativado e aí nós estávamos com menos 23 médicos, um volume brutal.”

(gestor 3)

A saída para o problema de reposição de profissionais médicos foi parcialmente alcançada via contratação por tempo determinado de serviço.

“Isto não infringia as nossas normas. O funcionário contratado por prestação de serviço é funcionário temporário não concursado. Mas quando houver o concurso, quando o processo se validar, esses funcionários a qualquer momento podem ser

substituídos, então a gente recompôs. De vinte e três, uns doze ou quinze ainda continuam deficitários porque esse processo de contratação por prestação de serviço hoje em dia, na prefeitura, sofre restrições administrativas.” (gestor 3)

O controle do cumprimento da carga horária no hospital é realizado pelas chefias imediatas e também com a assinatura do cartão de ponto que deve ser feita diariamente por todos os profissionais. Se por um lado, tal mecanismo de controle, dentro dos hospitais públicos em todo país, apresenta falhas por facilitar, em muitos casos, a realização de “esquemas”, onde não se cumpre a carga horária determinada pelo contrato sem redução nos ganhos mensais. Por outro, com a introdução do incentivo por encargos especiais, que não é recebido em caso de faltas no mês, houve uma redução de 70% dos abonos de faltas por meio de BIM(s).

Segundo levantamento do setor de recursos humanos do hospital, no período anterior ao projeto, o hospital recebia entre dez a doze pedidos de abono de faltas/mês entre todos os funcionários do hospital, sendo que em média três pedidos eram de médicos. Atualmente, o setor de recursos humanos recebe de dois a três BIM(s) por mês, não registrando nenhum pedido entre os profissionais médicos.²⁰

A produtividade individual também passou a ser mais bem acompanhada. Segundo a gestão do hospital, isso foi possível, primeiro, com o estímulo à realização de avaliação, em todas as etapas do serviço dentro do hospital, e, em segundo, pela mudança na composição das equipes que antes do projeto eram fixas, passando para a composição de equipes variáveis de “acordo com a demanda” (gestor 3). Essa mudança também é apontada como responsável pela diminuição da permanência de pacientes crônicos no pronto-socorro devido à agilização dos pareceres na emergência.

Mesmo encontrando algumas limitações em resolver os problemas de reposição de profissionais, a experiência tem produzido resultados satisfatórios para a gestão do município, que a identifica como projeto prioritário. A manutenção da experiência passa ainda por um movimento de formalização do projeto e o estudo da incorporação (mesmo de forma gradual) dos incentivos por encargos especiais aos salários. A crença dos gestores é a de que após adotadas tal medidas, outros hospitais passem a adotar o mesmo regime de trabalho e o sistema de remuneração do Hospital Salgado Filho.

Para melhor conhecer de que forma se operacionalizam as experiências de inovação de incorporação e gestão do trabalho aqui observadas, é importante

²⁰ Segundo entrevista com funcionários do setor de pessoal do HMSF.

ainda identificar a posição dos médicos em relação a elas. Tal importância decorre do entendimento de que esses profissionais são “sujeitos fundamentais na organização e execução dos serviços de saúde, não sendo passíveis de subordinação mecânica ao planejamento e às normas administrativas.” (MONNERAT,1996:120)

5.3- A Posição dos Profissionais Frente às Mudanças nas Relações de Trabalho dos Hospitais Estudados.

A gestão de recursos humanos em saúde gera constantes desafios a partir da busca de uma modalidade ideal de contratação, vínculo e relação de trabalho para a profissão médica.

Alguns argumentos reforçam a tese que aponta a preferência por parte desses profissionais por um tipo de relação mais “liberal”, ou seja, uma relação de trabalho que mantenha a autonomia do profissional no mercado. Segundo DONNANGELO (1975:129), o modelo liberal de trabalho aparece como único capaz de assegurar a máxima realização profissional em termos psicológicos, éticos e também científicos. Isto porque, como aponta DONNANGELO (1975:133):

“Nessa ideologia aparecem combinados: o princípio da livre escolha e do segredo profissional, a negação do assalariamento, o custeio parcial dos serviços pelo cliente, a redefinição do papel do Estado e, mais recentemente, o combate a uma parcela do setor privado, representada pela “medicina de grupo.”

Reforçando tal argumento, MEDICI & GIRARDI (1996:41) sublinham que com a tendência à flexibilização e terceirização do trabalho a medicina adquire uma:

“(…)certa ancestralidade, não só pela resistência implícita (e muitas vezes explícita) ao assalariamento clássico, mas também porque a flexibilidade tem sido encarada enquanto uma saída para restabelecer o controle do médico sobre o processo de trabalho em saúde, o qual estava sendo minado durante a regulação fordista.”

Assim, seguindo o argumento da preferência da ideologia liberal, em termos atuais, o modelo das cooperativas representaria o mais atraente à profissão médica, por “restabelecer” uma relação de trabalho mais próxima do tipo liberal. Por outro lado, temos indícios de forte presença de um pensamento favorável à manutenção da estatização da assistência à saúde por parte dos médicos e suas entidades representativas. Atualmente, a pouca estabilidade da manutenção da prática nos consultórios em níveis aceitáveis, entre outros desafios enfrentados por esses profissionais, faz com que um modelo como o implementado pelo Projeto das 40 horas, no Hospital Salgado Filho, possa tornar-se atraente por assegurar um vínculo mais efetivo com o

município, possibilitar um maior grau de estabilidade no emprego, num ambiente de maior continuidade institucional.

Não pretendemos, neste estudo, apontar o modelo mais adequado e satisfatório à profissão médica, o que propomos, é observar os pontos fortes e os conflitos inerentes a cada uma das experiências de gestão do trabalho, situadas hoje, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e de como se posicionam os médicos nelas inseridos.

Uma série de questionamentos sobre as alterações nas relações de trabalho foram colocadas aos médicos entrevistados com objetivo de compreender a posição destes frente às experiências.

5.3.1- A Posição dos Médicos do Hospital Lourenço Jorge

Algumas considerações sobre o perfil dos profissionais entrevistados merecem destaque. Embora não tenha sido viável um trabalho mais detalhado sobre os dados cadastrais dos médicos cooperados, foi possível, a partir do trabalho de campo, observar que entre eles há o predomínio de profissionais jovens. Cabendo salientar que os profissionais entrevistados têm entre 30 e 36 anos.

Considerando que os resultados das propostas de gestão e mobilização do trabalho estão, em grande medida, condicionadas ao grau de adesão dos profissionais a elas, torna-se necessário uma aproximação no que toca aos motivos da opção pelo ingresso em uma cooperativa e a apropriação, por parte dos profissionais, das formas de funcionamento e da ideologia do trabalho cooperado .

Respondendo sobre os determinantes da escolha por essa modalidade de trabalho, os médicos entrevistados ressaltaram as ofertas salariais do início de funcionamento da cooperativa no hospital, a localização do hospital, as condições de trabalho que este oferece e a possibilidade de emprego após o término de residência médica. Assim afirmam os profissionais:

“Além do salário, me interessei em acompanhar desde o início o projeto de construção e montagem do hospital, um projeto inovador, que dá mais autonomia técnica.”

(médica, cir. geral, 36 anos)

“Na época inicial de funcionamento do hospital, o salário era atraente. E trabalhar neste hospital representava a oportunidade de trabalhar em um hospital multidisciplinar.”

(médica, clínica méd., 33 anos)

Em nenhum momento a opção em trabalhar no hospital esteve relacionada ao tipo de vínculo que estabelecem com o hospital. Esses profissionais não se colocam enquanto co-proprietários da cooperativa, não se interessam por sua forma de organização e de como opera administrativamente, também não se identificam com a “cultura cooperativista”, caracterizada por tentar evitar a relação empregado–empregador, suprimindo o trabalho assalariado. Como acentuadamente aparece nos depoimentos:

“Eu já era contratada no antigo Hospital Lourenço Jorge, vim trabalhar aqui por gostar muito do serviço no hospital, apesar de não concordar com a cooperativa.”

(médica pediatra, 30 anos)

“Não vejo diferenças entre o Hospital Lourenço Jorge e os outros hospitais públicos, é um pouco mais democrático, mas não há diferenças, não há comparecimento nas assembleias, só alguns decidem, nós (os médicos) somos funcionários.”

(médica, cir. geral, 36 anos)

É marcante a insegurança e a insatisfação dos médicos em função da ausência de direitos trabalhistas.

“Trabalhando como cooperado você tem um salário maior, no entanto, em três anos, só tirei 15 dias de férias, não temos FGTS, não tivemos aumento salarial, só aumento de trabalho e instabilidade no trabalho. Aqui a cobrança é bem maior, se houver queixa contra você, você vai para a rua. O ambiente aqui é tenso para os cooperativados. “

(médico anestesista, 30 anos)

“Um ponto negativo do trabalho aqui, é a falta de direitos a férias, 13º salário e licença médica. Eu mesma tive filho e no período em que fiquei em casa, paguei para ser substituída.”

(médica pediatra, 30 anos)

Segundo relato do administrador da cooperativa no hospital, alguns casos de afastamento por problemas de saúde foram cobertos pela cooperativa, no início de seu funcionamento no hospital, isso não é mantido atualmente. A idéia é que sejam criados fundos específicos para esse fim. No entanto, na opinião do administrador, o pouco envolvimento dos associados, com a lógica do trabalho em cooperativa, dificulta o avanço de tais propostas.

De modo geral, há recorrência de respostas em torno da idéia de que o trabalho em regime de 40 horas semanais e o rodízio entre os diferentes momentos da atenção no hospital, como proposição geral, só apresentem conteúdos positivos. Tais propostas são apontadas como uma forma de aproximar os profissionais da instituição, permitindo um controle maior sobre os resultados do trabalho.

“Jamais alteraria a rotina do hospital, porque nessa rotina podemos ver o paciente em vários momentos.(...) Eu gostaria de ter um vínculo trabalhista estável, com melhor remuneração, o dobro do que paga a cooperativa, e gostaria de trabalhar 40 horas com o rodízio.”

(médica cir. geral, 36 anos)

“A forma mais satisfatória de trabalho seria ter vínculo trabalhista, com maior salário que o atual, continuando a trabalhar dentro desse modelo de 40

horas. No início achei que fosse cansativo, agora vejo que não é . Com 40 horas se tem mais contato com o hospital. Venho quase todos os dias no hospital.”

(médica pediatra, 30 anos)

“Trabalhar em um único hospital com dedicação exclusiva em troca de um salário compatível, sem precisar buscar outros empregos, com 13º salário, garantia de estabilidade e plano de saúde, dentro de um hospital com boa estrutura física, é o meu sonho de consumo(...).”

(médico anestesista, 30 anos)

O conteúdo positivo dos depoimentos, em relação a experiência do Hospital Lourenço Jorge, está, de forma mais intensa, voltado para as condições materiais concretas, vividas no cotidiano do atendimento. E por acreditarmos que essas condições acabam por influir na avaliação dos profissionais acerca do trabalho, cabe destacar pontos dos relatos que demonstram como as condições materiais balizam seus julgamentos:

“As coisas aqui funcionam, temos recursos materiais e não falta pessoal. A parte física é sempre bem cuidada, o hospital já funciona a algum tempo e até hoje continua limpinho e arrumado, por isso é bom trabalhar aqui.”

(médico anestesista, 30 anos)

“Gostaria de ter direitos trabalhistas com remuneração suficiente para não necessitar trabalhar em outros hospitais, ter tempo para estudar. Aqui você não pode tirar férias, ter licença maternidade, não pode ser substituído. Mas em todos os outros itens o hospital funciona bem. A qualidade de atendimento à população é muito melhor, há muita limpeza e organização do atendimento.”

(médica, clínica méd., 33 anos)

5.3.2- A Posição dos Médicos do Hospital Salgado Filho

Algumas considerações sobre o perfil dos profissionais entrevistados, do Hospital Salgado Filho, também se tornam necessárias. Como havíamos indicado anteriormente, segundo relato da direção do hospital, o contingente médico que lá atua é predominantemente composto por profissionais com tempo médio de carreira entre 15 a 20 anos de atividade. Considerando que a idade do profissional e o tempo de serviço em atividade influem de forma direta em suas considerações sobre as mudanças na unidade, vale acrescentar que os médicos entrevistados na pesquisa de campo tinham idade entre 44 e 49 anos, com tempo de atividade profissional que variavam entre 19 e 23 anos. Observações a esse respeito aparecem em diferentes momentos das entrevistas:

“(...) o desgaste físico e emocional de todos os profissionais daqui do hospital é grande, com hipertensão e infarto, porque os médicos aqui são de uma certa idade.”

(médico, clínico méd., 44 anos)

“Vejo como muito positivo a maior permanência do profissional no hospital. Esta maior permanência permite um melhor contato com o paciente, um acompanhamento mais direto. Todo dia vendo o paciente, melhora a relação com ele e com a patologia. Mas para o profissional da minha faixa etária a carga horária (40h/sem) é excessiva.”

(médico, cir. geral, 47 anos)

Em relação aos determinantes da adesão ao projeto implementado no hospital, além da melhoria na remuneração e a diminuição de locais de trabalho. Os médicos, de forma enfática, salientaram a importância dos laços já constituídos com o hospital, e a identificação deste como um espaço privilegiado de aprendizagem e treinamentos constantes, ou seja, um lugar ideal para trocar experiências. Assim enfatizam:

“Permaneci pelo tipo de hospital, que dá oportunidade de fazer vários tipos de procedimentos e uma proposta de melhoria geral, com salários melhores.”

(médica, anestesista, 48 anos)

“O serviço público é o local de troca de experiência, não dependo do salário. Eu trabalharia aqui até de graça. Para escolher um bom cirurgião, levante se ele trabalha no serviço público e se tem atividade de rotina e emergência no serviço público. Aqui tenho possibilidade de propagar minha experiência, hoje eu tenho muito mais a oferecer do que para receber. Mas antes não era assim. Eu poderia me desvincular do serviço público, mas é um espaço que me agarro com unhas e dentes.”

(médico, cir. geral, 47 anos)

“Não foi só o motivo da minha escolha, mas acredito que todos aqui no hospital, permanecemos porque houve uma melhoria de salário sem ter que se

deslocar, e com a possibilidade de atender melhor a população que não tem recursos. E a partir do projeto pudemos nos conhecer melhor e trocar mais experiências.”

(médico, clínica méd, 44 anos)

A insatisfação com o novo sistema de gratificação sob forma de incentivos que não são incorporados aos salários, não contando para benefícios previdenciários, é recorrente nas entrevistas, e se transforma em um dos fatores de insegurança dos profissionais, quanto à manutenção do projeto. Como assinalam os depoimentos abaixo:

“Pelo tempo de formado que temos, assumimos outras atividades, e com a não garantia em relação aos incentivos trabalhistas, você não larga as outras atividades e acumula cargos, esse é o calcanhar de Aquiles do projeto.”

(médico, cir. geral, 47 anos)

“Ficamos na esperança de ser levado para a Câmara de Vereadores a proposta de incorporar os incentivos. Na ocasião da implementação do projeto foi prometido que receberíamos R\$ 600,00 de gratificação por produtividade, e hoje só é pago R\$300,00. Isso trás problemas para o projeto.

(médica, pediatra,49 anos)

O regime de trabalho sob 40 horas semanais é apontado como uma mudança negativa, um fator de estresse. A redução da jornada para a manutenção do projeto no hospital esteve presente em todos os depoimentos:

O ideal é que a nossa jornada fosse de 30 horas, não seria tão cansativo como está sendo.”

(médica pediatra,49 anos)

“Eu reduziria a carga horária para 30 horas, como era no projeto inicial.”

(médico, cir. geral, 47 anos)

“Eu não alteraria o perfil traçado para o hospital, a estrutura do projeto. Mas proporcionalmente ao que ganhamos a carga deveria ser de 30 horas.”

(médico clínica méd., 44 anos)

“Não vejo nada de positivo em trabalhar 40 horas aqui. Apesar do modelo ser interessante a jornada não é. Nós nos sentimos mais úteis, o hospital esta atendendo melhor nos 20 anos que estou aqui. Mas ele pode ser a mesma coisa com 24

horas. As pessoas estão muito cansadas e o dinheiro não compensa. Os profissionais estão à beira da exaustão. Aumentou o número de infartos e pedidos de endoscopia entre os profissionais do hospital.”

(médica anestésista, 48 anos)

Da avaliação dos profissionais sobre as mudanças nas relações de trabalho, merece destaque o conteúdo positivo dessa avaliação em relação ao sistema de rodízio entre os setores do hospital:

“Um dos pontos mais positivos do projeto é a união dos profissionais, por causa do rodízio pelos setores. Hoje somos médicos do hospital, hoje conhecemos melhor uns aos outros.”

(médico, clínica méd., 44 anos)

“Antes eu nem conhecia alguns colegas, agora, com o rodízio, o relacionamento com eles é mais estreito.”

(médica pediatra, 49 anos)

Nos depoimentos dos profissionais com relação ao tipo de incorporação e gestão do trabalho que deveriam ser privilegiadas no setor público, tiveram presentes: a defesa pela manutenção do concurso público como única maneira de ingresso, a manutenção dos direitos trabalhistas e da necessidade de garantias de estabilidade. Por outro lado, admitem em suas falas a incorporação de elementos que flexibilizem as relações de trabalho e os sistemas remuneratórios no serviço público. Como são apontados nos relatos:

“A forma ideal de contrato deveria ser por concurso público, e a forma de remuneração seria por um salário fixo mais produtividade, por incentivo. Mas deveriam aumentar o valor de nossa produtividade. Na ocasião do projeto foi prometido R\$600,00 de produtividade e hoje só é pago R\$300,00. Também deveríamos receber os direitos, férias, 13º salário, licença prêmio, incorporando o incentivo.”

(médica pediatra, 49 anos)

“(…) Acho que a forma ideal de contratação é a partir da CLT, com ambiente e salários dignos. A CLT dá maior liberdade para a administração. O regime estatutário permite que muitos se aproveitem das regras. (...) A CLT é mais correta. Tudo é feito na base do clientelismo, a política de saúde deve ser a do bom

senso, com contratação sempre por concurso público para evitar o clientelismo. Deve haver também a possibilidade de sanções, quem trabalha mais, deve ser remunerado de acordo com o que faz(...)"

(médico, cir.geral, 47 anos)

Experiências mais avançadas de flexibilização das relações de trabalho, como as cooperativas, são identificadas pelos profissionais enquanto um processo de precarização das condições de trabalho, não devendo ser implementado no serviço público. Assim salientam os depoimentos:

"Quando você trabalha no sistema público você pode ficar doente sabendo que estará resguardado. A cooperativa é nociva ao ambiente público, você está trabalhando na cooperativa pode ir para a rua (...), a cooperativa é desonesta, você não pode usar dinheiro público para pagar terceiros, no caso das cooperativas, só um grupo ganha (...)"

(médico, clínico geral, 44 anos)

"Estamos aqui porque gostamos muito do trabalho, mas está muito cansativo o trabalho em 40 horas. Mas na cooperativa é muito pior, nós aceitamos o projeto por causa da ameaça de cooperativa do serviço. Nós seríamos remanejados para qualquer lugar."

(médica anestesista, 48 anos)

As avaliações dos profissionais do Hospital Salgado Filho, em relação a implementação do projeto, também estiveram influenciadas pelas condições materiais que encontram, e vivenciam no hospital. Entretanto, de forma inversa ao que ocorre no Hospital Lourenço Jorge, as condições aqui identificadas são consideradas fatores de constrangimentos à boa *performance* do projeto, um obstáculo à melhoria de produtividade. Como apontam os profissionais:

"O projeto trouxe mais recursos para o hospital, foram feitas algumas obras com melhorias. Mas a estrutura física de alguns setores como o SPA, ainda é muito complicada, prejudica a produtividade."

(médica pediatra, 49 anos)

"A emergência não tem espaço físico para atender à demanda (...) quando terminam os turnos, vamos na emergência que está sempre cheia, aumentando o desgaste físico e emocional de todos os profissionais."

(médico, clínico méd., 44 anos)

“O hospital precisa agilizar a infra-estrutura de alguns setores, como o Raio X e o laboratório, precisa dar mais conforto para o médico e para os pacientes no ambulatório, com salas maiores , ar condicionado e ventilação. Temos muitos odores desagradáveis e faltam equipamentos de ambulatório para determinadas especialidades.”

(médico, cir. geral, 47 anos)

Assim, o conjunto dos relatos acima apresentados, permitem a identificação de características ainda mais particulares de cada experiência observada. No Hospital Municipal Lourenço Jorge destacam-se a baixa adesão ao modelo de incorporação de trabalho proposto e a avaliação positiva das alterações na gestão, com a introdução do regime de 40 horas semanais e o rodízio entre os setores. De outro lado, os profissionais do Hospital Municipal Salgado Filho aderem ao projeto lá implementado por este representar uma contraproposta às experiências de terceirização hoje recorrentes. Assumem a defesa da manutenção de direitos trabalhistas conquistados. Apesar de avaliarem positivamente a atual proposta de mobilização das equipes dentro do hospital, apontam limitações em relação ao regime de 40 horas semanais.

Capítulo 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1- Um Balanço das Experiências, Algumas Considerações

As formas de gestão do trabalho no setor saúde têm dado ao longo do processo de implantação do SUS, francos sinais de exaustão, principalmente em relação à necessidade de fixar profissionais nos serviços. Em muitos diagnósticos sobre a saúde são apontadas a falta de agilidade e ausência de controle de qualidade no setor público, principalmente no gerenciamento dos recursos humanos. O que tem gerado uma constante busca de instrumentos mais eficazes de intervenção no campo da gestão de recursos humanos para o SUS.

Diante dos elementos que constituem hoje as relações de trabalho, podemos constatar que as experiências observadas estão contingenciadas pelo movimento de flexibilização do trabalho, manifestados sobre todos os aspectos que tal movimento possa ser enfatizado.

Sendo assim, os desenhos de gestão do trabalho nos hospitais analisados **flexibilizam os custos laborais** quando reduzem gastos com encargos sociais ao incorporar o trabalho por meio de cooperativa ou quando transformam grande parcela dos ganhos salariais em um componente flexível, sob o qual não são contabilizados os encargos sociais. **Flexibilizam quantitativamente** o quadro de profissionais reduzindo-o quando adotam o regime de 40 horas/sem., para profissionais que anteriormente trabalhavam sob regime de 24 horas/sem. E, por fim, **flexibilizam funcionalmente** o trabalho demandando dos profissionais habilidades para atuarem em todas os momentos da atenção à saúde.

As experiências aqui observadas contêm de forma bem expressiva os elementos verificados nos modelos de gestão do trabalho, balizados pelo paradigma da flexibilização. Assim, constatamos que as alterações nas formas de incorporar e gerir o trabalho nos hospitais individualizam salários, quando recriam sistemas salariais, baseados agora em indicadores de produtividade e variando de acordo com o cumprimento de metas preestabelecidas.

O convívio entre formas diferenciadas de incorporação tem ampliado a diferenciação entre profissionais no interior dos hospitais. Se antes o desafio dos gestores do SUS era gerir recursos humanos com regimes jurídicos e culturas

organizacionais diferentes, hoje o desafio está em gerir recursos humanos que, sob regras de estabilidade de um lado e regras de flexibilidade de outro, passam a ser diferenciados entre mais e menos incluídos nos sistemas de proteção social.

Esta diferenciação, por sua vez, passa a favorecer uma concentração de interesses diferentes nos espaços observados, o que, acreditamos, pode trazer também novos desafios para as entidades representativas dos profissionais.

As experiências também aproximam-se, de diferentes maneiras, das proposições para a gestão do trabalho no serviço público, contidas no projeto do governo brasileiro para a reforma administrativa. Por corresponderem ao movimento de estruturação de novos sistemas de contratação, com maior autonomia e simplificação de seleção de profissionais, como ocorre no Hospital Lourenço Jorge. E a introdução de mecanismos de incentivo à produtividade, compatibilização dos ganhos remuneratórios com o mercado e priorização do alcance de resultados, características encontradas nas duas experiências observadas.

Embora o diagnóstico sobre a necessidade de implantação das atuais experiências parta de um mesmo conjunto de atores e estejam informados pelos mesmos movimentos de mudanças na relação de trabalho, a incursão empírica apontou similaridades e diferenças entre as experiências, no que concerne a busca de respostas aos problemas que afetam a gestão do trabalho no SUS. Em relação às características observadas, traçamos o resumo das principais marcas encontradas (Quadro 5):

Quadro 5

Principais Características das Experiências em Relação aos Itens Observados — Hospitais Municipais Lourenço Jorge e Salgado Filho — 1998

| ITENS OBSERVADOS | HMLJ | HMSF |
|---|--|---|
| PERFIL DOS SERVIDORES | Predomínio de profissionais de nível superior; quadro médico cooperativado composto de profissionais mais novos em início de carreira. | Predomínio de servidores de nível médio de 1º grau e elementar; profissionais médicos com tempo médio de exercício profissional. |
| REGIME DE 40 HORAS SEMANAIS | Maior grau de adesão dos profissionais ao regime de 40 horas. | Menor adesão dos profissionais ao regime de 40 horas; propostas de redução da jornada de trabalho semanal. |
| RODÍZIO ENTRE OS SETORES DO HOSPITAL | Avaliação positiva por parte da gestão e dos profissionais; agilização das altas; maior produtividade; melhor acompanhamento dos resultados. | Avaliação positiva por parte da gestão e dos profissionais; agilização das altas; diminuição da ociosidade de determinados serviços; agilização dos pareceres; maior integração entre equipes; aumento de produtividade; melhor acompanhamento dos resultados. |
| CONTROLE DO TRABALHO/ ABSENTEÍSMO | Maior controle quanto ao cumprimento da jornada; possibilidade de retorno à SMS dos valores pagos por horas de trabalho não executadas. | Aperfeiçoamento das formas de controle sob o trabalho a partir do maior acompanhamento da produtividade; ainda mantém controle do cumprimento da carga horária sob responsabilidade das chefias imediatas. |
| SISTEMA DE REMUNERAÇÃO | Baseada na “produção cooperativista” dos indivíduos; insegurança por parte dos profissionais por falta de direitos trabalhistas; não identificação dos profissionais com a forma cooperada de organização do trabalho. | Possibilidade de aumento de ganhos para os profissionais da rede, via flexibilização de parcela do salário; insegurança em relação a não incorporação do incentivo para aposentadoria e a não cobertura em caso de afastamento; propostas de incorporação do incentivo. |

Continuação:

| | | |
|---|---|--|
| REPOSIÇÃO DE QUADROS MÉDICOS | Reposição automática de médicos; ingresso via cooperativa com maior autonomia de seleção de profissionais, indicação de chefias dos serviços. | Dificuldades de reposição de médicos; contratação por tempo determinado; resistência à incorporação de quadros cooperativados; preconiza manutenção do concurso público. |
| RELAÇÃO COM A REDE MUNICIPAL DE SERVIÇOS | Apesar de não ser identificada como projeto prioritário, tem ampliado a participação enquanto modelo de incorporação do trabalho em outras unidades do município (principalmente da rede básica); baixa aceitação por parte das entidades representativas da categoria médica; bons resultados na relação com outras unidades da área programática. | Identificado enquanto projeto prioritário; melhor aceitação entre as entidades representativas da categoria médica; baixa aceitação por parte das outras unidades hospitalares da rede enquanto um modelo de gestão do trabalho; ainda encontra dificuldades de trabalho conjunto com a área programática. |

Fonte: Elaboração Própria

A abordagem mais localizada sobre a operacionalização das propostas encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir da perspectiva dos atores selecionados, permitiu identificar como essas propostas transformaram as unidades onde estão sendo conduzidas.

Não acreditamos ser possível responder sobre qual experiência apresenta melhores resultados, em termos de **definição de um modelo** de incorporação e gestão do trabalho médico, no âmbito da rede hospitalar do município. Consideramos que essas experiências são únicas e que foram possíveis de ser implantadas por meio de situações muito específicas.

A pluralidade de interesses desencadeada pela coexistência de diferentes formas de relação de trabalho, dentro de um mesmo tipo de organização, que compartilham contexto social e a gestão de uma mesma esfera de governo, dificulta a determinação de um modelo de gestão do trabalho, num cenário onde cada organização tem assumido perfis tão distintos, com interesses cada vez mais diferenciados e que, por conseguinte, irão exigir formas cada vez mais próprias de negociação entre quem planeja e quem executa os serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMADEO, E. & CAMARGO, J.M. Instituições e o Mercado de Trabalho no Brasil. In: Flexibilidade do Mercado de Trabalho no Brasil, CAMARGO J.M. (org), Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

ANTUNES, R. Adeus ao Trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho, 3 ed., São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ANTUNES, R. Dimensões da Crise e Metamorfoses do Mundo do Trabalho, Rev. Serviço Social & Sociedade, ano XVII, n. 50, p78-86, abr. 1996.

BALTAR, P. E. de A. & PRONI, M. W. Sobre o Regime de Trabalho no Brasil: rotatividade a mão-de-obra, emprego formal e estrutura salarial, In: Crise e Trabalho no Brasil – Modernidade ou Volta ao Passado? Oliveira, C. A. B. & MATTOSO, J.E.L.(orgs), São Paulo: SCRITTA, 1996.

BADIE, B. & HERMET, G. Política Comparada, Fondo de Cultura Económica, México, 1993. primeira parte, 7-96.

BARGAS, O.M. Novas Estratégias do Capitalismo e o Movimento sindical, In: Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho. MARTINS, H. de S. & RAMALHO, J.R.(orgs). São Paulo :Hucitec: CEDI/NETS, 1994, 172-195

BRASIL, Ministério da Administração e Reforma do Estado, Projeto Organizações Sociais. Brasília: MARE, Secretaria da Reforma do Estado, 1996. (mimeo).

BRASIL, Ministério Público Federal – Procuradoria dos Direitos do Cidadão, Wagner Gonçalves – Subprocurador Geral da República. Parecer sobre as Terceirizações e Parcerias na Saúde Pública, 1997. (mimeo)

BRASIL, Ministério Público do Trabalho – Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região. A Negação do Direito, <http://www.prt15.gog.br>. 1997.

BRASIL, Presidência da República - Câmara da Reforma do Estado- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, Brasília, 1995.

CAMARGO, J. M. Flexibilidade e Produtividade do Mercado de Trabalho Brasileiro, In: Flexibilidade do Mercado de Trabalho no Brasil, CAMARGO J.M. (org), Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

CARVALHO NETO, A.M. Terceirização de Serviços Públicos no Reino Unido e os Impactos Sobre as Relações de Trabalho: considerações sobre a realidade brasileira. Revista do Serviço Público, Brasília: Escola de Administração Pública, Ano 47, vol. 120, n. 2, p.99-111, ago. 1996.

COSEMS. Jornal - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, mar. 1997.

CRIVELLI, E. Regulamentação X Desregulamentação: apontamentos para uma mudança nas relações de trabalho no Brasil, In: Bógus, L. & Paulino, A. Y., Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais, São Paulo: EDUC, 1997.

COHN, A & ELIAS, E.P.M. O Plano de Assistência à Saúde do Município de São Paulo: uma modalidade alternativa de gestão? R.A.P, São Paulo, v.33, n.1, Jan/Mar. 1998. p.44-50.

CORIAT, B. Novas Tendências do Mercado de Trabalho, Rev. RSP, ano 49, n. 3, jul./set., 1998.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Relatório do XII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Rio de Janeiro: CONASEMS. Jul.1996.

DEDECCA, C.S. Racionalização Econômica e Heterogeneidade nas Relações e nos Mercados de Trabalho no Capitalismo Avançado, In: Crise e Trabalho no Brasil – Modernidade ou Volta ao Passado? Oliveira, C. A. B. & MATTOSO, J.E.L.(orgs), São Paulo: SCRITTA, 1996.

DELUIZ, N. Formação do Trabalhador: produtividade e cidadania, Rio de Janeiro: Shape, 1995.

DOMINIUM COOP, Legislação Cooperativista – manual de consulta, RJ, 1º edição, 1997.

DONNANGELO, M. C. F., Medicina e Sociedade- o médico e seu mercado de trabalho, São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1975.

FARIA, F. F. Administração de Pessoal no Serviço Público: ordenamento institucional e jurídico, Brasília: OPAS, 1992.

FARIAS, A M.R. O & ALMEIDA, W. G. Salgado Filho: qualidade na gestão hospitalar, RJ: *Saúde em Foco* – informe epidemiológico em saúde coletiva, Rio de Janeiro, ano VII, n.18, ago., 1998. P. 61-65

FREITAS JÚNIOR, A. R. Do Protecionismo Jurídico à Desregulação: mudanças do papel do Estado na esfera das relações de trabalho, In: Bógus, L. & Paulino, A. Y., Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais, São Paulo: EDUC, 1997.

GERCHMAN, S. V. DE L., A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

GIRARDI, S.N., Flexibilização dos Mercados de Trabalho e Escolha Moral, Rev. Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, 1996. P.14-37

HALL, P. A. The Movement from Keynesianism to Monetarism: institucional analysis and British economic policy in the 1970s, Structuring politics (Thelen, K. & Steinmo, S. org), New York: Cambridge, 1992.

KAUFMAN, R. A Política da Reforma do Estado: um exame de abordagens teóricas. Revista do Serviço Público, ano 49, n. 1, 1998. p43-69

LAGOS, R. A. Qué se Entiende por Flexibilidad del Mercado de Trabajo, Revista de La CEPAL, n.54, diciembre, 1994.

LIMA JÚNIOR, O. B. de - Instituições políticas Democráticas - o segredo da legitimidade, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LIPETZ, A. As Relações Capital-Trabalho no Limiar do Século XXI, Ensaios FEE, Porto Alegre, 12(1), 1991. p.101-130

MACHADO, C. V., Contexto, Atores, Instituições; um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro nos anos 90. 1999. Dissertação de mestrado apresentada ao IMS/UERJ. (mimeo)

MACHADO, M.H.: MÉDICI, A.C; NOGUEIRA, R.P. & GIRARDI, S.N., O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992.

MACHADO, M.H.(coord). Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade, Rio de Janeiro :FIOCRUZ, 1997.

MARTINS, H.H.T.de S., Os Dilemas do Movimento Sindical em face da Terceirização: se fugir o bicho pega se ficar o bicho come, In: Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho. MARTINS, H. de S. & RAMALHO, J.R.(orgs), São Paulo: Hucitec: CEDI/NETS, 1994. p13-40

MARTINS, I. C. As Organizações de Saúde no contexto do SUS: uma realidade em construção. 1994. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz (mimeo)

MATTOSO, J. E. L. O novo e inseguro mundo do trabalho nos países avançados. In: O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século. Campinas: Editora Página Aberta LTDA, 1994. p.521-562

MATTOSO, J. E. L. A Desordem do Trabalho. Campinas: Página Aberta LTDA, 1995.

MATTOSO, J. E. L. Emprego e Concorrência Desregulada: incertezas e desafios, IN: Crise e Trabalho no Brasil – Modernidade ou Volta ao Passado? Oliveira, C. A. B. & MATTOSO, J.E.L.(orgs), São Paulo: SCRITTA, 1996.

MEDICI, A.C. & GIRARDI,S.N. Emprego, Remuneração de Pessoal e Produtividade em Saúde: um balanço da literatura recente, In: Rev. Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, 1996. P.38-43

MENDES, E.V., Uma Agenda Para a Saúde, São Paulo: Hucitec, 1996.

MILLER, D.C., Handbook of Research Design and Social Measurement, California: SAGE, 1991.

MISHRA, R., Society and Social Policy, Hong Kong: The Mac Millan Press Ltda., 1977.

MONNERAT, G. I. Médicos - Atores Sociais e as Mudanças Atuais no Setor Saúde: a experiência do Município de Niterói, 1996. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo)

NOGUEIRA, R.P., Estabilidade e Flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. In: Rev. Divulgação em Saúde para Debate, Cebes, n.14, 1996. p18-22

OLIVEIRA JÚNIOR, M. Política de administração de RH na área de saúde: falência total ou novas perspectivas? Divulgação em Saúde Para Debate, Paraná, n.14, ago.1996.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. & NICOLETTI, R. H. Gasto com remuneração do trabalho em saúde no Brasil. Relatório Final, 1997. Estudo elaborado pelo CONASEMS/Ministério da Saúde. (mimeo)

OPAS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Gestión de Recursos Humanos en Las Reformas Sectoriales en Salud: cambios y oportunidades, QUINTANA, P.B., CAMPOS, F & NOVICK, M (orgs) , Washington, D.C. 20037, EUA, 1996.(mimeo)

PASTORE, J. Flexibilização dos mercados de trabalho e contratação coletiva. São Paulo: Ltr, 1994.

PEREIRA, C. Em Busca de Um Novo Perfil Institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. Rev. BIB-ANPOCS, Rio de Janeiro, n.44, 2º semestre. 1997 p81-102

PEREIRA, L. C. B. A Reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira, Brasília: MARE/ENAP, 1995.

PEREIRA, L. C. B. A Reforma do Estado dos Anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Barcelona, 25-26 de abril de 1997. Trabalho apresentado à segunda reunião do Círculo de Montevideu. (mimeo)

POZZI, M.I.& ZAGALSKY,P. Nuevos y Viejos Empleados Públicos. La Instalación de una Nueva Cultura Administrativa. Espanha,1998. Documentos III, Congresso Internacional da CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública- (mimeo)

PRZEWORKSKY, A., Reforma do Estado: responsabilidade Política e intervenção econômica, ANPOCS, nov. 1995, (mimeo).

PRZEWORKSKY, A. A Falácia Neoliberal, São Paulo: CEDEC, Lua Nova , n. 28, 1993.

PRZEWORSKY, A. Estado e Economia no Capitalismo, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

RIO DE JANEIRO – Gov. estadual, Programa de Hospitais em Locais Populares. Minuta do Edital de Licitação. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 06/11/97.

RIO DE JANEIRO- Prefeitura, decreto n.15.436, de 30/12/96. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 1996.

RIO DE JANEIRO- Prefeitura, decreto n.15.724, de 30/04/97. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 1997.

RIO DE JANEIRO- Prefeitura, Resolução Conjunta Secretaria Municipal de Saúde/ Secretaria de Administração n. 21, de 05/05/97. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 1997.

SANTANA, J.P., Formulação de Políticas de RH nos Serviços de Saúde. In: Rev. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - Saúde em Debate, n.28, p.66-71, mar. 1990.

SARAVIA, E. La Situación Laboral del Personal de la Administración Pública – paper apresentado na reunião sobre gerenciamento de recursos humanos – as situações nacionais – CLAD – Santo Domingo, 1997.(mimeo)

SIQUEIRA NETO, J.F. Flexibilização, Desregulamentação e o Direito do Trabalho no Brasil, IN: Crise e Trabalho no Brasil – Modernidade ou Volta ao Passado? Oliveira,C. A. B. & MATTOSO, J.E.L.(orgs), São Paulo: SCRITTA, 1996.

SIQUEIRA NETO, J.F.& OLIVEIRA, M. A. Contrato Coletivo de Trabalho: possibilidades e obstáculos à democratização das relações de trabalho no Brasil, IN: Crise e Trabalho no Brasil – Modernidade ou Volta ao Passado? Oliveira,C. A. B. & MATTOSO, J.E.L.(orgs), São Paulo: SCRITTA, 1996.

SINMED - Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, Documento: Carta Aberta aos Médicos, Rio de Janeiro, abril/1996 a.

SINMED - Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, Documento: Requisição ao Ministério Público sobre a implementação de cooperativas , nos hospitais da rede municipal e estadual, Rio de Janeiro, abril/1996b.

TEIXEIRA, S.M.F. Reforma Administrativa: uma visão crítica. RAP, Rio de Janeiro, 31(4),1997. p.299-309

TEIXEIRA, S.M.F. Reforma Administrativa: discutindo os instrumentos. RAP, Rio de Janeiro, 31(5), 1997b. p.195-204

TEIXEIRA, S.M.F. et ali. Relações de Trabalho no Mundo Atual: uma visão contemporânea das mudanças trabalhistas recentes. RAP, Rio de Janeiro, 32(1),1998. p.85-133

URANI, A. Ajuste Macroeconômico e Flexibilidade do Mercado de Trabalho no Brasil: 1981-95. In: Flexibilidade do Mercado de Trabalho no Brasil, CAMARGO J.M. (org),Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1996.

VIEIRA JÚNIOR, W. M. Uma Proposta de vida para o Hospital da Posse. RJ, 1995. (mimeo)

YALOUR, M. R., TOBAR, F. Como Hacer Tesis y Monografias sobre Políticas, Servicios y Sistemas de Salud?, Argentina: Fundacion ISALUD, Caderno ISALUD 2, set.1998.

ANEXOS

Anexo 3

Roteiro de Entrevistas

Roteiro da entrevista com o representante da gestão municipal:

- 1- Qual o ponto de partida do processo decisório, para a implantação dos dois novos modelos de gestão nos hospitais do município? Primeiro no caso do Hospital Lourenço Jorge, depois no do Hospital Salgado Filho.
- 2- Que fatores contribuíram e que dificuldades ocorreram para a implementação de tais projetos?
- 3- Qual é a expectativa da gestão municipal em relação aos dois modelos?
- 4- Qual dos dois modelos de gestão do trabalho tem oferecido maior retorno (em termos de produtividade, custos, satisfação da população) para a rede municipal de saúde?
- 5- Qual a possibilidade de ampliação dessas formas de gestão do trabalho na rede?

Roteiro da entrevista com os gestores dos hospitais estudados:

- 1- Como foi o processo de implementação da cooperativa no hospital/ do projeto alternativo do Hospital Salgado Filho das 40 horas?
- 2- Que conseqüências a experiência atual de incorporação e gestão do trabalho médico tem tido para a resolução dos problemas comuns em relação a esses profissionais, em termos de:
 - lotação do quadro médico
 - cumprimento da carga horária
 - absenteísmo,
 - rotatividade
 - relação com outros membros da equipe de saúde
 - relação com os pacientes
 - relação ao sistema de remuneração
 - atividades de capacitação
- 3- A partir da implantação da cooperativa/ do projeto alternativo das 40 horas, como tem sido a relação do hospital com a Secretaria? Como tem se dado a relação com as outras unidades da rede?

Roteiro da entrevista com os médicos dos hospitais estudados:

- 1- Perfil: sexo, idade, tempo de formado, tempo de trabalho na unidade e especialidade.
- 2- Por que você optou por trabalhar no Lourenço Jorge?/ em permanecer no projeto do Salgado Filho?
- 3- Em relação a sua prática profissional, indique os possíveis pontos positivos e negativos da cooperativa/projeto alternativo do hospital;
- 4- Cite as mudanças fundamentais implementadas pela cooperativa/ projeto, em relação aos outros hospitais da rede:
- 5- O que você alteraria e o que não alteraria no hospital?
- 6- Fale um pouco sobre a forma mais satisfatória de vínculo, contratação, carga horária e forma de remuneração.

Anexo 5

Artigos 3º, 4º, 7º, 79, 92 e 103 da Lei 5.764/71

Art. 3º da Lei 5.764/71

“Celebram contrato de Sociedade Cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens e serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro.”

Art. 4º da Lei 5.764/71

“As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza própria, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

- I. Adesão voluntária, com número limitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;
- II. Variabilidade do capital social, representado por quotas-partes;
- III. limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultando porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;
- IV. Incessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;
- V. Singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;
- VI. “Quorum” para funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital;
- VII. Retorno das sombras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral;
- VIII. Indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica, Educacional e Social;
- IX. Neutralidade política e indiscriminação religiosa, racial e social;

- X. Prestação de assistência aos associados, e, quando prevista nos estatutos, aos empregados da cooperativa;
- XI. Área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços.”

Art. 7º da Lei 5.764/71

“As cooperativas singulares se caracterizam pela prestação direta de serviços aos associados.”

Art. 79 da Lei 5.764/71

“Denominam-se ATO COOPERATIVO os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre quando associados, para a consecução dos objetivos sociais. O ATO COOPERATIVO não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto e mercadoria.”

Art. 92 da Lei 5.7764/71

“A fiscalização e o controle das sociedades cooperativas, nos termos desta lei e dispositivos, serão exercidos, de acordo com o objeto de funcionamento, da seguinte forma:

- I- as de crédito e as seções de crédito das agrícolas mistas pelo Banco Central;

.....

2º - As sociedades cooperativas permitirão quaisquer verificações determinadas pelos respectivos órgãos de controle, prestando os esclarecimentos que lhes foram solicitados, além de serem obrigadas a remeter-lhes anualmente a relação dos associados admitidos, demitidos, eliminados e excluídos no período, cópias de atas, de balanços e dos relatórios do exercício social e parecer do Conselho Fiscal.

ANEXO 6

SALGADO FILHO

| Nível superior Médico | Vencimento -base | Encargos especiais | Valor teto cooperativa (40 horas) | Triênio(*) | Insalubridade | Produtividade | Adicional Noturno | Valor total |
|-----------------------|------------------|--------------------|-----------------------------------|------------|---------------|---------------|-------------------|-------------|
| Especial B | 595,36 | 1.904,64 | 2.500,00 | 238,14 | 77,50 | 350,00 | 208,37 | 3.374,01 |
| Especial A | 570,57 | 1.825,18 | 2.395,75 | 199,69 | 77,50 | 350,00 | 199,59 | 3.222,63 |
| 1° | 543,53 | 1.738,72 | 2.282,25 | 163,05 | 77,50 | 350,00 | 190,23 | 3.063,03 |
| 2° | 514,92 | 1.647,08 | 2.162,00 | 128,73 | 77,50 | 350,00 | 180,22 | 2.898,45 |
| 3° | 485,38 | 1.552,52 | 2.038,00 | 97,07 | 77,50 | 350,00 | 169,88 | 2.732,45 |
| 4° | 455,54 | 1.457,21 | 1.912,75 | 68,33 | 77,50 | 350,00 | 159,43 | 2.568,01 |
| 5° | 411,53 | 1.316,47 | 1.728,00 | 41,15 | 77,50 | 350,00 | 144,03 | 2.340,68 |
| 6° | 387,54 | 1.239,71 | 1.627,25 | - | 77,50 | 350,00 | 135,64 | 2.190,39 |

(*) Sujeito a pequenas variações pois em cada um dos níveis (especial B e 6°) Existem servidores com percentuais distintos de triênios.

OBS: Aprovada preliminarmente por SMS - 12

